

De la Réorganisation des Assurances Sociales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 30 Novembre 1935, à 14 heures

PAR

Guy ALLARD

JURY

Président : M. Roger PICARD, professeur.

Suffragants { M. LESCURE, professeur.
M. BAUDIN, professeur.

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS

PARIS

1935

De la Réorganisation des Assurances Sociales

De la Réorganisation des Assurances Sociales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 30 Novembre 1935, à 14 heures

PAR

Guy ALLARD

JURY

Président : M. Roger PICARD, professeur.

Suffragants { M. LESCURE, professeur.
M. BAUDIN, professeur.

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS

PARIS

1935

*La Faculté n'entend donner aucune appro-
bation ni improbation aux opinions émises dans
les thèses; ces opinions doivent être consi-
dérées comme propres à leurs auteurs.*



A MON PÈRE

DE LA RÉORGANISATION DES ASSURANCES SOCIALES

INTRODUCTION

Notre loi d'Assurances Sociales est actuellement la loi la plus attaquée. Certes, elle est imparfaite — aussi bien l'objet de cette thèse est d'en proposer la réforme — mais c'est jusqu'à son principe même que certaines attaques sont dirigées, et cela est plus grave et plus triste.

Quotidiennement, des articles sans grande valeur sont consacrés à la démonstration du danger des dépenses sociales, et de leur inutilité — dangereuses, parce qu'elles grèvent « très lourdement » l'économie nationale, inutiles, parce qu'elles veulent apporter un peu de bien-être à la classe des prolétaires.

Aussi, à une époque où l'équilibre du budget est devenu un problème angoissant, et où la misère du peuple s'accroît chaque jour, voit-on certains journalistes plus soucieux de conformisme que d'humanité, proposer purement et simplement la suppression des Assurances Sociales. Ainsi tout ira bien...

Or, actuellement, il faut que l'on sache qu'une loi d'Assurances Sociales est la plus indispensable pour un pays d'une certaine importance, qu'une telle loi pèse d'un poids infime sur l'économie d'une Nation, que partant sa suppression n'apporterait qu'un remède bien anodin à une situation budgétaire obérée, et qu'enfin et surtout son principe ne peut en être discuté que par des personnes de mauvaise foi, puisqu'il fait appel à la solidarité nationale.

Il est étrange de constater qu'en France, ceux-là qui cyniquement, préconisent la suppression des Assurances Sociales trouvent tout naturel qu'un gouvernement en mal d'équilibre budgétaire, consacre près de 15 milliards à la défense nationale, mais lui refuse le droit de verser 1 milliard à une œuvre sociale dont ils ne semblent même pas soupçonner l'utilité primordiale. Et cependant, sans vouloir en aucune façon discuter ici le principe de la défense nationale, peut-être est-il permis de faire remarquer que, sans porter atteinte à la valeur intrinsèque de cette défense, de substantielles économies pourraient toutefois être réalisées à ce poste, simplement par une organisation meilleure et plus rationnelle de cette défense, par des achats moins inconsiderés de matériels de toutes sortes qui se révèlent rapidement comme incapables de rendre les services auxquels ils étaient destinés, bien qu'ils eussent été payés parfois le double de leur valeur.

Or, est-ce qu'une loi d'Assurances Sociales ne cherche pas à atteindre le même but qu'une loi organisant la défense nationale? Ne s'agit-il pas, d'un côté comme de l'autre, de mettre l'individu à l'abri des risques sociaux dont seul il est incapable de se protéger? Si l'Etat doit défendre ses nationaux contre les dangers hypothétiques venant de l'extérieur, n'a-t-il pas aussi le droit et même le devoir de protéger ses ressortissants les plus faibles économiquement contre des dangers autrement certains qui les menacent à l'intérieur et qui s'appellent la vieillesse, la maladie, l'invalidité?

Y-a-t-il pour un gouvernement tâche plus belle que celle qui consiste à protéger le travailleur durant son travail, à lui assurer plus tard une vieillesse digne; à procéder enfin à la sauvegarde d'un peuple et à sa régénération par une

vaste lutte entreprise contre la maladie ?

« Des enfants mal nourris et négligés, écrit le Docteur Sand, des femmes abandonnées, des hommes atrophiés par le chômage, des existences sacrifiées, sont un scandale plus criant que le déficit du budget. » On meurt beaucoup en France. Il faut songer que notamment, la tuberculose pulmonaire y fait presque deux fois plus de ravages qu'en Allemagne et qu'en Angleterre. (En 1928, pour 10.000 hommes, taux de mortalité par tuberculose : Allemagne, 9,3 — Angleterre, 9,7 — France, 16,5) pour la seule raison que les Assurances Sociales existent dans ces deux pays depuis plus d'un quart de siècle, et que la médecine collective, curative et préventive y est organisée d'une façon satisfaisante.

Loin de supprimer la loi des Assurances Sociales, il faut au contraire en étendre la portée, en faire une véritable loi d'hygiène sociale, de défense de la santé publique.

Bien que ces raisons justifient d'une façon suffisamment forte l'existence d'une loi d'Assurances Sociales en France, encore que l'exemple de l'étranger devrait bien plutôt inciter les détracteurs à demander le perfectionnement de notre loi et non sa suppression, il est aussi sur le terrain du droit pur un argument irréfutable en faveur du maintien de la loi sur les Assurances Sociales : cette loi existe depuis 5 ans déjà.

Il y a 5 ans, l'Etat s'est engagé à assurer les travailleurs contre certains risques. Il y a 5 ans que travailleurs et employeurs font régulièrement les versements qui leur ont été imposés. Il y a quand même là une notion de contrat qu'il convient de respecter. Cette loi a fait naître à la charge de l'Etat des obligations qu'il ne peut pas ne pas remplir. Elle a fait naître aussi chez les assurés des espoirs très légitimes qui ne doivent pas être déçus.

Nous savons bien que d'aucuns prétendent que les assurés verraient avec une bien plus grande satisfaction la suppression des Assurances Sociales et partant du précompte. C'est vrai malheureusement pour certains d'entre eux. Et c'est un fait que certains assurés, les ouvriers surtout, ont le sentiment intime que cette retraite qu'on leur promet pour leurs vieux jours, ils ne la toucheront jamais.

Mais à qui s'en prendre de cet état d'esprit, sinon à ceux-là mêmes qui mènent leurs violentes attaques contre la loi ?

Comment avoir confiance en une loi sur laquelle tout le monde crie « haro » et jette l'anathème ?

Cependant, il faut heureusement constater que ce scepticisme de l'ouvrier à l'égard de la loi d'Assurances, si dangereusement entretenu, est en voie de disparition et fait place petit à petit à une certaine confiance que le versement des premières pensions le 1^{er} Juillet 1935 aura contribué à affermir.

Avant de terminer cette introduction, nous voudrions également consacrer quelques lignes à la justification de notre loi d'Assurances Sociales aux yeux de certains réalistes conservateurs qui sont sincèrement attristés de considérer qu'en ce XX^e Siècle, tout ce qui faisait la fierté, la personnalité des travailleurs, toutes les notions de sagesse, d'économies, de dignité même qu'ils avaient reçues de leurs ancêtres aient disparu. « L'ouvrier, disent-ils, est actuellement une machine qui vit au jour le jour, se moque du lendemain, n'est pas capable d'économiser l'argent nécessaire à ses vieux jours, n'a aucune notion d'hygiène et préfère se rendre au spectacle que d'aller visiter son médecin. La loi des Assurances Sociales est une loi immorale qui contribue à diminuer l'ouvrier moralement et physiquement ;

tout maintenant se traduit pour lui par des prestations. Il n'est plus question que de primes d'assurances, de retraites, etc... Et c'est bien triste... Ah! plutôt que de faire une loi sociale, pourquoi ne pas éduquer la masse, lui apprendre la prévoyance, l'hygiène; faire de l'ouvrier un être conscient de sa dignité et soucieux de la voir respecter? »

Heureuses gens qui tiennent un tel langage! On les imagine sans effort chez eux en pantoufles, chaudement à l'abri, bien servis et bien nourris. Ils ont laissé pousser sur leurs yeux des œillères et n'ont pas le courage de les enlever pour regarder en face la grande misère du peuple. Ils croient sincèrement et sérieusement qu'il est encore possible à l'ouvrier de réaliser des économies, alors que sa paye lui est insuffisante pour vivre et faire vivre sa famille et ils lui font grief d'hésiter à aller consulter le médecin s'il est souffrant, alors que pour faire face aux frais de médecine et de pharmacie, il lui faudrait travailler quelquefois durant plusieurs jours.

Si l'éducation de l'ouvrier était à faire, elle devrait bien plutôt lui montrer l'opportunité d'une loi telle que celle des Assurances Sociales, car dans une nation civilisée — ou qui se prétend telle — on ne devrait pas voir ce spectacle désolant qu'offre le contraste d'une famille nombreuse d'ouvriers vivant dans un taudis, véritable foyer de tuberculose, avec celle toujours peu nombreuse — le plus souvent par égoïsme — du riche qui, non loin de là, étale son luxe insolent.

A cela, dans une certaine mesure, une loi sociale bien conçue peut remédier. Et alors, bien loin de diminuer l'ouvrier moralement, elle contribuera au contraire à relever la dignité du travailleur en supprimant l'assistance. Elle l'affranchira en le mettant à l'abri des misères humaines: maladie, vieillesse, invalidité, en l'empêchant de fonder des es-

poirs le plus souvent chimériques, en des philanthropes versatiles.

L'ouvrier paie son assurance lui-même, il ne doit pas l'oublier, par conséquent les prestations qu'on lui sert, ou qu'on lui servira, ne constituent pas des aumônes dont il doive rougir. En les recevant, il reçoit son dû, il reçoit ce qu'il a acquis par son travail et avec le sentiment de son droit, doit s'exalter son indépendance personnelle. Les allocations ne sont autre chose que le résultat de l'épargne et de la solidarité des Assurances Sociales. Certes, l'autorité gouvernementale est intervenue ici pour obliger l'ouvrier au sacrifice et à l'épargne, mais si la Société s'est ainsi imposée, c'est comme on l'écrit souvent, parce qu'elle a le devoir de protéger son bien le plus précieux : son capital humain, lequel est malheureusement surtout composé de prolétaires.

Notre loi d'Assurances Sociales, nous le montrerons, peut être simplifiée. Elle peut sans effort financier nouveau, devenir une véritable loi sociale digne de ce nom, et capable de permettre à l'assuré qui travaille, de vivre sans craindre la maladie, à l'assuré âgé, de vivre à l'abri du besoin en se reposant. Elle peut enfin remédier au problème spécifiquement français de la dénatalité, en permettant aux enfants du pauvre, qui seul consent à en faire, de vivre et d'être forts !

Aussi que l'on ne s'étonne pas en lisant cette étude de voir la place très grande qui sera faite au rôle de l'Etat. C'est que nous estimons et nous montrerons ultérieurement que les faits corroborent notre opinion, que l'étatisme trouve ici son véritable terrain. La loi d'Assurances Sociales s'adresse à des employés, à des ouvriers, qui ont besoin d'être protégés, d'être défendus, d'une façon objective mais efficace et sans sensiblerie parfaitement inutile ; et seul l'Etat

est vraiment capable de jouer ce rôle tutélaire auprès d'eux d'une façon satisfaisante. Les organismes privés, même les « mutuelles » — qu'ont-elles fait en 40 années d'existence? — n'ont pas l'ampleur, l'énergie, l'indépendance nécessaires pour mener à bien une œuvre sociale d'une vaste envergure; c'est au-dessus de leurs forces.

Avant d'entreprendre l'étude de la réorganisation des Assurances Sociales, nous montrerons brièvement dans un titre 1^{er}, très court, et qui ne comportera aucune subdivision, que notre loi du 5 avril 1928, tant décriée à l'heure actuelle, n'a pas été conçue et votée à la légère. Puis nous consacrerons le titre II, qui sera de beaucoup le plus important, aux réformes organiques qu'il conviendrait, à notre avis, d'apporter à notre loi d'Assurances Sociales; et enfin, nous terminerons en montrant dans un titre troisième les modifications moins essentielles qu'il conviendrait d'apporter sans retard à la loi telle qu'elle existe actuellement, en attendant une réorganisation plus complète.

TITRE PREMIER

VOTE DE LA LOI DU 5 AVRIL 1928

Sans vouloir tenir compte des quelques projets ou propositions qui, dès avant la guerre, avaient été timidement préconisés en vue d'une réalisation d'Assurances Sociales à faible échelle, c'est dès la fin de la guerre que l'on vit véritablement dans les milieux parlementaires et gouvernementaux les préoccupations s'orienter vers les Assurances Sociales et de nombreux projets s'élaborer.

Le 30 juin 1920, une commission technique, présidée par Monsieur Cahen Salvador, directeur des retraites ouvrières au Ministère du Travail, était créée par décret afin de mettre sur pied un projet de loi d'Assurances Sociales. En 8 mois d'études, elle accomplissait la tâche qui lui avait été dévolue et le 22 mars 1921, Monsieur Daniel Vincent, Ministre du Travail dans le ministère Briand, déposait sur le bureau de la Chambre le projet conçu par la Commission technique. Ce projet était ensuite renvoyé à la Commission parlementaire compétente. Et cette dernière consacrait de mai 1921 à décembre 1922, 59 séances à son examen et à l'audition de toutes les parties intéressées, à la suite desquelles son rapporteur, le Docteur Grinda, rédigeait sur la question 4 rapports. L'un d'entre eux, le plus important, devenait le projet définitif qui était présenté à la Chambre le 31 janvier 1923. Il comprenait 186 articles. Il était le fruit d'un long labeur et très sensiblement différent du texte sorti

de la Commission technique et remis deux ans auparavant par le Gouvernement à la Commission de la Chambre. Autant en effet le projet du Gouvernement s'inspirait des exemples étrangers et notamment de l'exemple allemand, autant celui de la Commission s'inspirait des réalités coutumières françaises. Autant le premier était étatiste, autant le deuxième était, non point anti-étatiste, mais individualiste, particulariste.

Le 10 juillet 1923, M. le Docteur Grinda faisait devant la Chambre un exposé général de la question et après une simple lecture, les 7 et 8 avril 1924, le projet était adopté sans discussion.

Ainsi, en 3 séances, la Chambre entérinait purement et simplement le travail de sa Commission. A la vérité, elle avait surtout voulu par son vote rendre un hommage mérité à sa Commission et comme on l'a dit également, admettre le « principe social », faisant confiance au Sénat pour procéder à de nouvelles études afin d'améliorer le projet qu'elle venait d'approuver.

Sans retard, dès le 9 avril 1924, le Sénat était saisi du projet et en confiait l'étude à la Commission d'hygiène, alors présidée par un homme éminent et dont on a dit, à juste titre, qu'il était le père des Assurances Sociales : le Docteur Chauveau. Sous sa haute direction, la Commission Sénatoriale tenait de nombreuses séances, dont 99 consacrées à l'audition des parties visées par le projet, ouvrait de nouvelles enquêtes. Le Docteur Chauveau ne ménageait pas sa peine. Pendant les vacances parlementaires, il multipliait lui aussi les enquêtes et les voyages d'études en Alsace-Lorraine, en Allemagne et en Angleterre et réunissait ainsi sur place une précieuse documentation. Il n'hésitait pas non plus à convoquer tous les représentants des groupements, associations

et syndicats qui allaient être touchés par la loi sociale afin, suivant sa propre expression, de « sonder les intéressés ».

Le Docteur Chauveau pouvait alors mettre sur pied un premier texte précis qu'il soumettait aux membres de la Commission d'hygiène afin de servir de base à leur discussion. Mais le projet du Docteur Chauveau ne devait pas tarder à faire naître dans l'opinion une opposition violente.

A la vérité, la différence entre les deux thèses des projets de la Chambre et du Sénat nécessitait une conciliation immédiate, si l'on ne voulait pas rendre par la suite les discussions interminables entre les deux Assemblées. Aussi, en accord avec le rapporteur de la Commission du Sénat, le Ministre du Travail intervenait le 31 juillet en réunissant dans son Cabinet les représentants de la Commission d'Assurances et de Prévoyance Sociale de la Chambre et ceux de la Commission Sénatoriale d'hygiène. Au cours de cette réunion, le Président de la Commission de la Chambre faisait entendre une énergique protestation contre le projet du Docteur Chauveau, en l'absence de ce dernier qui avait été empêché.

A la suite de cette séance, le projet Chauveau était sensiblement modifié par la Commission Sénatoriale, mais d'une façon qui fut cependant jugée insuffisante. C'est alors que dans un louable effort de conciliation, le Docteur Chauveau, huit jours après, établissait et communiquait à sa Commission un projet nouveau. Mais cet effort devait être mal récompensé, car les difficultés non encore aplanies ne tardaient pas à renaître. C'est alors que le Docteur Chauveau demandait au Ministre du Travail, Monsieur Durafour, de créer une Commission officieuse, grâce à laquelle l'entente si souhaitable pourrait peut-être enfin se réaliser. Ainsi était fait, et cette Commission extra-parlementaire comprenait

outre des membres du Gouvernement, de la Commission de Prévoyance et des Assurances Sociales de la Chambre, de la Commission d'hygiène, du Sénat, les représentants des groupements mutualistes, de la C. G. T., des Associations agricoles, nationales et médicales. Cette Commission dont le caractère hybride n'échappera à personne tenait des séances presque quotidiennes durant tout le mois d'octobre, cependant que 6 Commissions Sénatoriales intéressées à des titres divers au projet de loi d'Assurances Sociales tenaient également séances et donnaient leur avis sous forme de rapports.

Le Docteur Chauveau tenant compte des rapports publiés et de toutes les discussions qui venaient de se dérouler sous ses yeux déposait en décembre 1925, au nom de la Commission Sénatoriale, un nouveau texte qui, contrairement à ce que l'on pouvait espérer, ne devait pas désarmer les critiques.

Patiemment, la Commission reprenait alors l'étude des différents points critiqués, mais consciente des efforts de conciliation qu'elle avait déjà fournis et jugeant par ailleurs que le texte auquel elle était arrivée avait un caractère définitif et formait un tout harmonieux, elle n'accueillait presque aucune revendication, à l'exception de quelques rectifications et de quelques additions au texte. Le tout était présenté dans un rapport supplémentaire par le Docteur Chauveau.

Ces discussions, rectifications, additions, rapports, rapports supplémentaires devaient retarder jusqu'au 9 juin 1927 le moment où le projet définitif vint en discussion publique devant le Sénat. Le Ministre du Travail, le Rapporteur, le Président de la Commission d'hygiène ainsi qu'une vingtaine de sénateurs se faisaient tour à tour entendre au cours des débats qui furent menés par la Haute Assemblée avec un louable souci de ne rien laisser dans l'ombre.

Au cours de cette discussion générale, qui du 9 juin au 7 juillet 1927 nécessita 13 séances, 154 amendements étaient présentés et l'ensemble du projet était finalement adopté par le Sénat le 7 juillet par 269 voix contre 2, et transmis à la Chambre.

Allait-on devant cette Assemblée assister à nouveau au bouleversement du projet, à l'éclosion de critiques passionnées, à des discussions interminables? Non; une discussion générale se tenait durant deux séances devant la Chambre, qui le 14 mars 1928, adoptait sans en changer un mot le texte voté par le Sénat.

Si la Chambre avait agi avec cette rapidité, contrastant singulièrement avec les laborieuses et pénibles discussions dont il était question plus haut, elle avait à la vérité de sérieuses raisons pour justifier sa précipitation. La première et la plus invoquée et peut-être aussi la plus déterminante est d'ordre électoral. La législature touchait à sa fin. Depuis 7 ans, le pays attendait une loi d'Assurances Sociales. Avant de se séparer, les députés estimèrent qu'il convenait que cette loi fut votée. Elle le fut donc; mais il était entendu, étant donné les organismes de tous ordres, dont elle nécessitait la création, qu'elle ne serait mise en application qu'en 1930, après avoir été rectifiée par une nouvelle loi. Et cette assurance devait faire taire les scrupules de certains députés. Cependant, il n'est peut-être pas téméraire d'affirmer que la majorité des députés était très largement satisfaite par le texte du Sénat et qu'ils l'eussent adopté sans modification, même si les deux raisons précitées n'avaient pas existé.

Mais on sait que dès le vote de la loi du 5 avril 1928, des protestations véhémentes se faisaient entendre dans certains milieux, plus particulièrement dans les milieux mutualistes et agricoles. Des détracteurs de la loi se levaient un

peu partout. Finalement, cette loi qui avait été votée dans l'enthousiasme apparaissait à certains parlementaires versa-tilés comme un monument d'iniquité dont il convenait d'éla-borer la ruine. On se mit donc à l'œuvre. On réussit d'abord à retarder l'application de la loi jusqu'au 1^{er} juillet 1930, alors qu'elle devait entrer en vigueur dès le 5 février 1930. On réussit mieux, on vota deux lois rectificatives, portant les dates du 5 août 1929 et du 30 avril 1930, qui dans l'esprit de beaucoup devaient contribuer à rendre la loi de 1928 inappli-cable et jeter le doute chez ses plus ardents défenseurs, en leur démontrant par les faits qu'une loi d'Assurances So-ciales n'était pas viable dans un pays où l'individualisme est aussi poussé qu'en France.

Ces calculs échouèrent misérablement et malgré les im-perfections dont la loi avait été dotée in extremis, malgré les intrigues dont elle fut l'objet, malgré la mauvaise volonté évidente avec laquelle les intéressés s'y soumirent au début, elle réussit à s'imposer et son action bienfaisante s'est déjà fait très largement sentir, après seulement cinq années d'ap-plication.

Donc, il ressort de ce cours historique que notre loi d'Assurances Sociales, malgré les tentatives de la dernière heure, n'est pas improvisée, tant s'en faut, mais au con-traire une loi à l'élaboration de laquelle des hommes émi-nents se sont consacrés pendant près de huit années d'études et de recherches.

Si elle comporte des imperfections, il faut songer toute-fois que la thèse de la réalisation progressive fut délibéré-ment écartée en France et que l'on se mit très rapidement d'accord pour appliquer la thèse de l'unité ou de l'unifica-tion, c'est-à-dire pour mettre sur pied une loi qui, d'un seul coup, du jour au lendemain, allait faire face à la presque

totalité des différents risques sociaux. C'était là une œuvre gigantesque et l'on ne saurait trop louer le législateur d'avoir osé l'entreprendre, su la réaliser et l'imposer pour son plus grand bien à un pays hostile et qui ne comprenait pas.

Et 5 ans ont passé. Là comme ailleurs le temps a apporté son enseignement. Le pays, d'une part, a compris tous les bienfaits qu'il pouvait attendre de cette loi ; le législateur, d'autre part, voit maintenant les imperfections de son œuvre. Il se doit de les faire disparaître.

Et c'est à cette tâche qu'entrant désormais dans le vif du sujet, nous allons nous consacrer.

TITRE II

LES RÉFORMES ORGANIQUES QU'IL SEMBLE NÉCESSAIRE D'APPORTER A NOTRE LOI D'ASSURANCES SOCIALES

SECTION PREMIÈRE

DÉFINITION DU SALARIÉ

Chapitre Premier

Critique de notre système législatif

Actuellement, quels sont les assurés sociaux obligatoires?

L'article 1^{er}, § 2, nous dit: « Sont affiliés aux Assurances Sociales tous les salariés de l'un ou de l'autre sexe, dont la rémunération totale annuelle, quelle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15.000 francs.

Ce chiffre limite sera porté à 18.000 francs dans les villes de plus de 200.000 habitants et dans les circonscriptions industrielles dont la liste sera déterminée par décret rendu sur la proposition du Ministre du Travail.

Pour les salariés qui ont des charges de famille au sens fixé par l'article 20 de la présente loi, le chiffre limite est augmenté de 2.000 francs, s'ils ont un enfant à leur charge, de 4.000 francs, s'ils ont deux enfants; il est porté à 25.000 francs, s'ils en ont trois ou davantage. »

A priori, ce système apparaît comme devant être compliqué, puisque ce ne sont pas tous les individus gagnant annuellement moins de 15.000 francs qui font partie obligatoirement des Assurances Sociales, mais différentes séries d'individus qui pourront gagner par an des sommes dont les maxima sont 15.000, 17.000, 18.000, 19.000, 20.000, 22.000 ou enfin 25.000 francs.

Ensuite, est-il toujours aisé pour l'employeur de connaître le salaire annuel réel de son employé? Il semble que oui et que par une simple multiplication par 12, l'employeur puisse aisément savoir si son employé doit appartenir à l'assurance sociale et s'il le doit dans quelle catégorie il va figurer.

Evidemment, il en sera ainsi lorsque l'employé sera payé au mois pour l'accomplissement d'un travail régulier chez le même patron. Mais où le système va apparaître d'une application beaucoup moins aisée c'est lorsque nous allons nous trouver en présence de métiers saisonniers, où lorsqu'il s'agira d'ouvriers.

Il ne faut pas oublier en effet que l'ouvrier est le plus souvent un journalier, dont les périodes de travail alternent avec celles de chômage, dont les salaires sont susceptibles de fortes variations et qui reste au service d'un même employeur un temps très court. Dans certains métiers, comme celui de la chapellerie, les salaires varient très sensiblement d'une saison à l'autre, et une partie des employés est congédiée durant la morte-saison, alors que dans une autre saison les variations de salaires seront encore aggravées du fait des heures supplémentaires que les employeurs seront obligés de demander à leurs employés.

Dans toutes ces hypothèses, à quel résultat arriverons-nous? Au suivant: le chef d'entreprise, lorsqu'il allouera à

ses ouvriers qu'il embauche pour une courte période des salaires tournant autour de 50 francs par jour, l'employeur lorsqu'il versera à ses employés durant la pleine saison des salaires tournant autour de 1.200 francs par mois, ne verseront rien à l'assurance sociale. Et cependant, si l'on faisait dans ces deux cas le total pour l'année des salaires de l'ouvrier et celui des salaires de l'employé, aucun d'eux n'atteindrait 15.000 francs. Ainsi des individus vont pouvoir échapper le plus commodément du monde à l'assurance sociale sans que l'employeur ait commis de fraude apparente. Mais très souvent des fraudes seront commises avec la complicité des intéressés, des ouvriers surtout, par les petits employeurs, qui n'ayant que quelques ouvriers pour quelques semaines dédaignent de les faire inscrire aux Assurances Sociales, bien qu'il ne leur alloue que des gains journaliers d'une quarantaine de francs.

Répétée à de nombreux exemplaires, la fraude ici vraiment très facile peut prendre une ampleur insoupçonnée.

Mais il faut noter que la fraude conduisant à un résultat inverse est également à craindre. Comment en effet devient-on assuré social? Par une simple déclaration et un versement de la part d'un employé quelconque. L'autorité publique n'intervient pas. Alors, qu'est-ce qui empêche un individu assez riche, mais atteint d'une maladie assez grave, ou une femme enceinte, de solliciter provisoirement un emploi quelconque peu rémunéré, à seule fin de bénéficier des prestations afférentes aux risques maladie ou maternité, qui sont couverts presque immédiatement, pour sortir ensuite de l'assurance dès guérison ou accouchement?

En effet, et c'est là encore un très gros reproche à faire à notre système d'assurances, on en sort avec une trop grande facilité. Les personnes dont les salaires voisinent avec

ceux limites fixés par la loi, tantôt vont cotiser obligatoirement à l'Assurance Sociale, tantôt, au contraire, n'y seront pas contraintes, et cela chaque fois que leur salaire subira quelques modifications. Elles pourront ainsi passer sans transition du régime de l'assurance facultative à celui de l'assurance obligatoire et enfin à l'état de non assuré.

Or, les prestations étant calculées en tenant compte des cotisations versées, notamment pour les risques vieillesse, invalidité, décès, on aperçoit l'aisance avec laquelle le montant de ces prestations peut être déterminé.

De plus, il ne faut pas craindre de déclarer que les nombres maxima 15.000, 18.000, etc..., retenus par la loi, sont absolument arbitraires, et qu'ils ne sont justifiés par aucune considération vraiment déterminante. Dire d'une personne gagnant 15.000 francs par an, qu'elle est digne d'intérêt et qu'elle sera assurée obligatoire, et faire de celle qui gagnera 15.001 francs, une personne sans intérêt et à laquelle l'Assurance obligatoire ferme ses guichets, c'est, outre ouvrir la porte aux abus et aux tricheries les plus faciles, tomber dans le domaine de la fantaisie et lancer un défi à la logique.

Toutes les difficultés, les complications, les possibilités de fraudes, les illogismes que nous venons de révéler et dont nous allons parler encore proviennent de l'absence d'un système général.

La loi, en effet, ne définit pas le salarié. Elle dit simplement dans son article 1^{er}, § 2 : « Sont affiliés obligatoirement aux Assurances Sociales tous les salariés... » Le règlement d'administration publique conserve sur ce point le même silence prudent. En effet, si le projet de règlement définissait brièvement le salarié, le règlement adopté en dernière analyse, n'en contient aucune définition. Or, cette carence de la loi sur ce point permet à un grand nombre d'in-

dividus manifestement des salariés d'échapper à l'application de la loi soit par suite d'une interprétation jurisprudentielle trop timide, soit par suite d'une manœuvre frauduleuse de l'employeur et des intéressés.

Les tribunaux ont sur le salaire une conception classique fondée sur la distinction fondamentale de notre droit entre le louage de services et le louage d'ouvrages. Ils décident que le fait pour un travailleur d'être ou non salarié dépend dans chaque cas du caractère des seuls liens juridiques établis entre les parties.

Ainsi, on pourrait distinguer le contrat passé par le salarié du mandat, du contrat d'entreprise, de la société, du simple louage d'ouvrages, par ce seul fait que la qualité de salariés, tantôt ils ne le sont pas. Pour ne citer qu'un digne de subordination du travailleur à l'employeur. Soit, peu nous importe. Ce qui est pour nous à retenir de ces difficultés et distinctions jurisprudentielles, c'est d'abord les contrariétés de décisions qui sont ici inadmissibles. C'est ainsi que tantôt certains employés sont considérés comme des salariés, tantôt ils ne le sont pas. Pour ne citer qu'un exemple bien connu, les passementiers, qui sont des travailleurs à domicile, parfois sont regardés comme des salariés, parfois au contraire comme des entrepreneurs; alors que cependant ils figurent à la cédula des traitements et salaires, ne paient pas la patente et ne travaillent pas sous leur responsabilité et donc sont dans une certaine mesure dépendants. C'est ensuite l'imprécision des formules employées (qu'entend-on par subordination juridique?) et c'est enfin la facilité avec laquelle elles peuvent être tournées afin de faire échapper aux Assurances Sociales un grand nombre de travailleurs, tels que certains travailleurs à domicile, les chauffeurs de voitures automobiles de location, les gérants, etc...,

soit une foule d'employés qui devraient manifestement y être subordonnés pour la seule raison qu'ils sont économiquement faibles, placés professionnellement au service d'autrui et que le législateur a entendu les protéger.

Pour faire apparaître plus clairement l'intérêt et le complexe de la question, il faut remarquer qu'à la vérité la question : « Qu'est-ce qu'un salarié ? » n'est placée sur le terrain juridique qu'en apparence et masque en réalité des problèmes d'intérêt. C'est, en effet, dans les régions où le nombre des travailleurs à domicile est très considérable (Cambrésis, Vermandois, Picardie) que l'on est comme par hasard persuadé de la nécessité de s'en tenir à la conception classique restrictive du salarié, dégagée depuis toujours par la jurisprudence. L'intention est évidente, à peine dissimulée : faire échapper à la loi tous les travailleurs à domicile.

Ailleurs, là où la question est d'une importance sensiblement moins considérable, on préconise, c'est une occasion de faire de la philanthropie à bon marché, l'extension de la loi à tous les travailleurs dépendant économiquement d'un maître, même en dehors de toute subordination.

Une législation qui se prête ainsi à différentes interprétations et peut être tournée avec une aisance aussi remarquable est bien sujette à caution. Mais il y a plus et il nous faut citer l'exemple désormais classique de la Compagnie Parisienne des voitures de location, à laquelle on se doit de rendre hommage pour l'opportunité avec laquelle elle ressentit tout à coup le besoin de rendre ses employés indépendants. Le 28 septembre 1930, en effet, cette Compagnie n'hésitait pas à apporter à son règlement d'importantes modifications qu'elle faisait précéder du motif ci-après : « Afin de donner plus d'indépendance aux conducteurs de ses voitures, la Compagnie a décidé de ne plus conserver de conducteurs

employés, mais de louer ses voitures, à partir du 1^{er} octobre 1930. » Inutile d'ajouter qu'il s'agissait là d'un contrat fictif de location imaginé dans le seul but de faire échapper les conducteurs de voitures de la Compagnie à la loi des Assurances Sociales.

De tout ceci, il ressort que l'article 1^{er} de notre loi d'Assurances Sociales présente des inconvénients très sérieux : injustice, imprécision, complication et qu'il laisse à la fraude une place trop grande.

Si nous considérons maintenant l'article 2, nous verrons qu'il n'échappe guère lui aussi à la critique.

Cet article est un de ceux qui furent successivement touchés par les réformes malheureuses de 1930 et 1931. Dans quel but le fut-il ? Il faut avouer que la chose est assez curieuse.

En effet, en 1930, alors que la loi était votée depuis plus de 2 ans, alors qu'on avait passé plus de 8 ans à en déterminer au mieux les différentes modalités, le Ministre du Travail, avant toute application de la loi, se prit tout à coup à craindre que la charge nouvelle de 10 % sur les salaires qui allait peser sur l'industrie, ne contribuât peut-être à le mettre dans une position transitoirement difficile. Ce qui paraît une aimable plaisanterie.

Cependant, il introduisait un projet rectificatif qui, entre autres réformes de la loi du 5 avril 1928, substituait à l'ancien article 2, § 1^{er}, dont le début est ainsi rédigé : « Les ressources des Assurances Sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'Etat, par un versement égal à 10 % du montant global des salaires, jusqu'à concurrence de maximum de 15.000 francs », un nouveau texte qu'on devait modifier en 1931 s'étendant sur les §§ 1 et 2.

Ce texte qui a inauguré les 5 catégories d'assurés, s'il

ne fait plus peser sur les salaires qu'une cotisation moyenne d'environ 8 %, a contribué dans une large mesure à alourdir la loi et à ouvrir grandes les portes aux difficultés et aux injustices. Outre qu'il soit passablement humiliant pour les assurés d'être catalogués et classés, ce système est de plus injuste pour ceux qui se trouvent aux limites des différentes catégories.

Il est inutile d'insister bien longtemps pour le montrer, c'est l'évidence même. Prenons l'exemple de deux employés gagnant l'un 4.499 francs par an, l'autre 4.500 francs.

Le premier appartient alors à la 2^e catégorie et paye une cotisation annuelle de francs 144; mais le deuxième appartenant à la 3^e catégorie doit payer francs 216! Ajoutons que l'injustice se trouve aggravée du fait que l'employeur paye une cotisation égale à celle de son employé. Ainsi dans notre exemple, pour une différence annuelle de gain s'élevant à 1 franc, la différence des cotisations versées sera égale à : $(216-144) \times 2 = 144$ francs!

Ce qui suffit pour condamner un tel système. Et cependant, il comporte encore d'autres inconvénients sur lesquels nous allons passer très rapidement. D'abord, il donne une très grande prise à la fraude, et cela se conçoit aisément, les salariés vont chercher à appartenir aux catégories les plus faibles chaque fois qu'ils seront un peu au-delà des limites, et les sommes dont seront lésées ainsi les Assurances Sociales pourront atteindre des chiffres importants. Ensuite, il est une source de complications, car un assuré au cours de sa vie de travailleur va être appelé à sauter assez souvent d'une catégorie à une autre et parfois même de l'Assurance de droit commun au régime spécial des agriculteurs.

Chapitre II

Remèdes proposés

En résumé, il semble bien que la base même de la loi, c'est-à-dire la détermination des assurés, soit imparfaite et insuffisante et qu'il soit absolument nécessaire d'apporter sur ces différents points des réformes profondes. Aussi bien actuellement, sur l'ordre de Monsieur Frossard, un projet de réforme des article 1 et 2, est-il à l'étude. Nous ignorons le texte de ce projet, mais il n'est guère douteux qu'à sa base se trouve la définition de l'assuré..., mais qu'il nous soit permis d'exposer nos vues sur ce sujet, et le système très simple qui a nos préférences.

Il consiste d'abord à définir d'une façon non ambiguë le salarié; supposons-le un instant défini — nous y reviendrons — et à décider que tous les salariés sans exception, seront assurés sociaux obligatoires. Ainsi, par là même qu'un individu rentre dans la définition que nous allons établir du salarié, il devient obligatoirement assuré social; ce qui a l'avantage de faire disparaître toutes les possibilités de fraudes, toutes les difficultés relatives à la détermination du salarié, aux employés gagnant des salaires tournant autour des chiffres limites fixés par la loi et enfin de supprimer l'assurance facultative et le régime spécial réservé aux assurés agricoles, pour ne conserver qu'une seule espèce d'assurés.

Naturellement disparaissent également les 5 catégories d'assurés que rien ne justifie et il est fait retour sur ce point à l'ancien article 2, § 1^{er}, avec toutefois la suppression des salaires limites. Les ressources des Assurances Sociales seront constituées en dehors des contributions de l'Etat, par un versement égal à X % (nous aurons ultérieurement à déter-

miner ce taux) du montant global des salaires, partie à la charge de l'assuré, partie à la charge de l'employeur. Pour nous résumer en une formule synthétique simple : « Tous les salariés, à quelque travail qu'ils fussent employés, forment une catégorie unique d'assurés sociaux obligatoires et payent ainsi que leurs employeurs des cotisations proportionnelles à leurs salaires. »

Si nous examinons le projet qui a été présenté, le 18 janvier 1930, par l'Assemblée générale de la Fédération Nationale de la Mutualité, dans la partie où il traite de la cotisation, nous voyons qu'il part de cette idée que les inconvénients de la cotisation basée sur un pourcentage des salaires individuels sont connus, qu'il montre ensuite les inconvénients du système des classes, pour en déduire finalement que le seul système possible est celui de la cotisation uniforme.

A la vérité, nous ne nous dissimulons pas que le système de la cotisation proportionnelle n'est pas parfait. Il peut engendrer des fraudes, mais assez légères, notons-le. Peut-être est-il aussi quelque peu compliqué. Et de plus, il présente l'inconvénient suivant, à savoir que dans les régions à bas salaires, le rendement des cotisations proportionnelles sera faible, alors que cependant les caisses de ces régions auront à faire face aux mêmes prestations et aux mêmes frais que celles des régions à hauts salaires, où les rendements seront bien supérieurs. A la vérité, ce dernier inconvénient ne doit pas être exagéré et nous proposerons en temps voulu, lorsque nous aurons à nous occuper des caisses, un agencement capable de le neutraliser.

Au contraire, nous dit la Mutualité, la cotisation uniforme ne présente aucun des inconvénients précédents, et de plus offre de très sérieux avantages : elle simplifie à l'ex-

trême les calculs et le travail des caisses en les plaçant toutes dans la même situation. Elle permet à tout assuré de connaître rapidement ses droits et ses obligations, à tout employeur le montant des charges qui lui incombent. Elle rend sans objet toute fraude dans la déclaration du salaire soumis à retenue. Enfin, elle s'adapte immédiatement aux méthodes des groupements mutualistes, qui de tous temps, n'ont reçu que des cotisations fixes, indépendantes du salaire.

Certes, ces avantages sont réels, mais la cotisation uniforme est condamnable à notre avis parce que trop injuste.

Supposons la cotisation fixée à un chiffre moyen. Est-il admissible qu'un individu gagnant 15.000 francs par an verse une cotisation annuelle de 300 francs, tout comme celui qui ne touche qu'un salaire de 7.000 francs, même s'ils doivent ultérieurement toucher des prestations identiques ?

Supposons la cotisation fixée à un chiffre faible dans le but de la rendre supportable aux petits salaires, son rendement sera alors dérisoire. Supposons-la enfin fixée à un chiffre élevé, elle deviendra alors insupportable aux petits salaires ; de plus, le système que nous préconisons augmentant le nombre des assurés dans une assez large mesure et uniquement de salariés touchant des salaires élevés, rend a fortiori absolument impossible l'application de la cotisation uniforme.

Il nous faut justifier maintenant la suppression du régime spécial réservé aux agriculteurs. Quant à la suppression de l'assurance facultative, notons que sa disparition ne présente en elle-même aucune difficulté. Rien, en effet, ne légitime plus l'assurance facultative dès l'instant où tous les salariés sont des assurés sociaux obligatoires.

Mais l'assurance agricole, sur quoi repose-t-elle ?

Si l'on consulte la loi du 5 avril 1928, on constate qu'il n'existe dans cette loi aucune disposition spéciale en faveur

de l'agriculture. Cette remarque est essentielle. Pendant les huit années d'études qui ont précédé le vote définitif de la loi, il n'est apparu en aucune manière qu'il fut nécessaire de réserver une place spéciale aux agriculteurs. C'est là un point important. Il est en effet assez troublant de constater que ce n'est qu'au moment du vote de la loi et dans les mois qui suivirent que les Chambres d'Agriculture se sont réveillées pour réclamer l'organisation des Assurances Sociales par profession. Notamment le 17 janvier 1928, le Congrès de l'Union des Syndicats des Agriculteurs faisait entendre une protestation contre les charges nouvelles que la loi allait imposer à l'agriculteur. D'autres protestations, d'autres revendications de même nature, traduisant l'inquiétude du monde agricole, s'élevaient un peu partout. Elles ne devaient pas demeurer vaines.

En effet, le Ministre du Travail estimant que les agriculteurs éprouveraient les plus grosses difficultés à récupérer sur le consommateur les charges imposées par la loi du 5 avril 1928, décidait de déposer avant même que le projet du R. A. P. fut transmis au Conseil d'Etat un projet rectificatif tendant, entre autres réformes, à établir un régime spécial à l'agriculture.

C'est en vain que l'on examine d'une façon objective les événements qui ont précédé le vote du régime spécial des assurés agricoles, afin d'en saisir les vraies raisons. Nous sommes en 1928, l'agriculture n'est pas malheureuse. Toutefois, elle éprouve le besoin d'émettre des revendications, même parfaitement injustifiées, car elle sait que le Parlement se montre toujours bon prince avec elle. Et là, comme partout ailleurs, elle gagne encore, car les Chambres lui donnent bientôt satisfaction.

Et cependant il est à noter que le Ministre du Travail

n'a pas craint de déclarer le 30 mai, devant les Commissions compétentes de la Chambre « que l'émotion dans le monde agricole avait probablement été maintenue d'une façon factice » ; et de plus et surtout que la Fédération Nationale de la Mutualité Agricole avait accepté la participation de l'agriculteur aux Assurances Sociales sur un pied d'égalité avec la Mutualité et les Syndicats ouvriers. Par conséquent, il semble bien que ce soit seulement une minorité d'agriculteurs qui réclamaient la modification des Assurances Sociales en ce qui les concernait.

Il est trop évident que les mesures de faveur dont ils bénéficient ne se justifient pas. On déclare généralement que les salaires des ouvriers agricoles sont très faibles, parce qu'ils sont pour partie constitués en nature. Les journaliers agricoles sont en effet le plus souvent nourris et logés chez l'employeur et ne touchent en sus qu'une somme peu élevée : deux ou trois cents francs par mois. Comme par ailleurs on fait une estimation assez faible (210 francs par mois) du logement et de la nourriture, on a pensé que des personnes ne gagnant même pas 500 francs par mois, devaient au plus verser dans le même temps une cotisation atteignant au maximum 5 francs. Les employeurs devant évidemment verser la même somme.

Mais peu importe. Avec le système que nous préconisons, puisque l'assuré est appelé à payer une cotisation proportionnelle à son salaire, s'il gagne peu, il paiera peu, et il semble bien qu'ainsi la justice soit parfaitement respectée, sans qu'il soit nécessaire d'instituer un régime spécial quelconque.

Il appartiendra au législateur de fixer lui-même forfaitairement les sommes auxquelles correspondent le logement, la nourriture dans les diverses professions (gens de maison,

concierges, jardiniers, journaliers agricoles...) où il est d'usage de loger et de nourrir ou seulement de loger ou de nourrir les employés, afin que ces sommes puissent entrer en ligne de compte dans le calcul du salaire mensuel de ces employés. Il n'est en effet que juste que ces diverses catégories de travailleurs soient frappées comme les autres, sur leur salaire réel, et que ceux qui ont recours à leurs services payent, comme les autres employeurs, des cotisations proportionnelles aux salaires réels qu'ils leur allouent.

Il nous faut maintenant consacrer quelques lignes à une catégorie particulièrement intéressante de travailleurs : les apprentis.

Si l'apprenti est rémunéré, touche un salaire véritable, quoique faible, sa situation ne présente aucune difficulté, car il rentre normalement dans l'application de la loi.

Mais si, au contraire, il ne touche aucune rémunération, est-il juste qu'il demeure en dehors des Assurances Sociales, comme c'est le cas actuellement.

On se plaint, à juste titre, qu'en France l'apprentissage soit en voie de régression constante, encore faut-il faire alors quelque chose pour l'encourager ou le protéger. Aussi comme l'apprenti, tout comme ses aînés, est sujet à la maladie et à l'invalidité, il semble opportun de préconiser ici, comme l'avait proposé la Commission de la Chambre lors de l'examen du projet du Sénat, de faire de l'apprenti non rémunéré un assuré obligatoire contre les risques maladie et invalidité.

Comme l'apprenti ne gagne rien mais rend quelques services à son employeur, il paraît juste de mettre la totalité de la cotisation à la charge de ce dernier et d'en fixer le montant à une somme forfaitaire de 10 francs par mois.

Notons que cette somme de 10 francs servira à couvrir l'apprenti, non contre le seul risque d'invalidité, comme on

le croit généralement, mais également contre le risque maladie dans les hypothèses où il est orphelin ou âgé de plus de 16 ans.

Il nous faut enfin maintenant définir avec soin le salarié. En effet, de cette définition va dépendre tout l'édifice social, dont elle se présente en quelque sorte comme la clef de voûte. De nombreux parlementaires ont déjà été frappés par la nécessité de compléter la loi sur ce point en y faisant figurer la définition du salarié. Nous n'allons pas entreprendre d'examiner ici toutes les propositions qui ont été déposées sur la question, ni tous les rapports la concernant qui ont été lus aux tribunes du Parlement. Non ; nous allons seulement nous borner à déclarer qu'est un salarié le travailleur qui présente certains caractères spécifiques sur lesquels la plupart des législations étrangères sont tombées d'accord. Et nous compléterons cette définition par une longue énumération empruntée à un rapport de Monsieur Etienne Antonelli, député, destinée à éviter que certains travailleurs d'une nature spéciale puissent échapper normalement ou frauduleusement à l'application de la loi en excipant de leur état de non salarié.

Et voici à quoi nous arrivons. Est un salarié le travailleur de l'un ou de l'autre sexe qui est économiquement dépendant et placé professionnellement au service d'autrui, qui est occupé en vertu d'un contrat de travail tacite, écrit ou verbal, qui tire de cette activité professionnelle au service d'autrui la source habituelle et unique de sa subsistance. (Evidemment, ce mot unique ne devra pas être pris ici dans son sens strict. Il est trop évident qu'un employé qui a quelques titres de rentes lui rapportant quelques centaines de francs par an reste un salarié).

« Sont également considérés comme salariés au sens de la présente loi, quelles que soient la forme et la nature du

contrat qui les lie, et même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail les ouvriers de l'un ou de l'autre sexe, tels que façonniers, passementiers, tisseurs, dévideurs, ourdisseurs, armuriers travaillant à domicile d'une manière régulière ou intermittente, à façon, aux pièces, ou à la tâche, uniquement pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs professionnels; les employés d'hôtels, cafés et restaurants, rétribués en totalité ou en partie sur les pourboires; les porteurs de bagages occupés dans les gares par des concessionnaires et rétribués en totalité ou en partie sur les pourboires, les conducteurs de voitures de place, qui ne sont d'après les éléments constitutifs de l'acte passé entre les parties et non d'après sa seule dénomination ni propriétaires, ni locataires de leur voiture, même s'ils ne sont rétribués que sur le produit de la recette effectuée et sur les pourboires, les voyageurs et les représentants de commerce non patentés, même rémunérés à la commission, les gérants de coopérative ou d'établissement commercial travaillant d'une manière régulière et principale pour un ou plusieurs employeurs. »

Nous ne dissimulons pas qu'avec un tel système le nombre des assurés qui est actuellement de 10 millions environ, va encore s'élever. Est-ce là un mal? Nous ne le pensons pas. Certes, les personnes qui vont venir grossir les rangs des assurés sociaux obligatoires seront pour partie prises parmi celles touchant des salaires relativement élevés. Mais est-ce que les fonctionnaires de l'Etat, des collectivités locales et des grandes compagnies qui reçoivent eux aussi des salaires souvent très importants, ne sont pas heureux de pouvoir à l'heure de leur retraite toucher une pension de vieillesse? La situation est ici semblable. Celui qui gagne par an 25.000 francs ou même 30.000 francs n'est pas toujours ca-

pable de mettre de côté l'argent qui lui serait nécessaire pour assurer la tranquillité de ses vieux jours. Aussi ne dédaignerait-il pas de faire partie des Assurances Sociales qui non seulement lui assureront sa vieillesse, mais le mettront à l'abri des divers risques personnels, familiaux ou sociaux, qui le menacent.

SECTION II

DES PRESTATIONS EN ESPÈCES ET DES RISQUES QU'ELLES COUVRENT

Chapitre Premier

Système actuel

Tous les individus inscrits aux Assurances Sociales reçoivent lorsque les risques pour lesquels ils sont assurés se réalisent, des prestations en nature et en espèces. Ce sont des prestations en espèces et des risques qu'elles couvrent que nous allons maintenant nous occuper.

« Les assurés ont droit en cas de maladie se prolongeant au-delà du 5^e jour et les empêchant de continuer leur travail, au versement à partir du 6^e jour d'une indemnité journalière, calculée d'après la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Six semaines avant l'accouchement, six semaines après les assurées jouissent également, si elles cessent tout travail de la même indemnité. En cas de décès de l'assuré, ses ayants droit se voient garantir le paiement d'un capital fixé à 20 % du salaire du de cujus.

Enfin, aux cas d'invalidité et de vieillesse, les assurés

se voient verser une pension, calculée dans les deux hypothèses en tenant compte d'une part... »

D'une façon plus générale et plus simple, nous pourrions écrire que les prestations versées aux assurés sont calculées au prorata de leurs cotisations.

Un tel système peut à priori sembler très juste, très rationnel, très simple. A la vérité, si l'on veut bien considérer qu'il s'agit ici d'une loi d'Assurances Sociales où le nombre des assurés est très considérable, et les versements irréguliers par suite des défaillances, du chômage, des possibilités de sorties et de rentrées à l'assurance, des fraudes, un tel système se révèle injuste, irrationnel et d'une complication inouïe.

Il est injuste et irrationnel d'abord parce qu'une loi d'Assurances Sociales repose essentiellement sur la solidarité, solidarité nationale, solidarité entre les assurés, et qu'en partant de ce principe on comprend difficilement que les prestations varient avec les assurés et soient d'autant plus faibles que l'assuré en a le plus besoin. Si l'on songe de plus que l'employeur verse la moitié de la cotisation, on ne voit pas pourquoi le législateur impose à cet employeur une charge qui devient plus lourde au fur et à mesure que ses employés gagnent davantage et pour le seul profit de ces derniers. Le contraire semblerait plus rationnel.

Mais un tel système est également trop compliqué.

Considérons, par exemple, le risque vieillesse et voyons le travail qui sera nécessaire dans une trentaine d'années pour liquider une pension normale de vieillesse.

D'abord tous les versements effectués étant capitalisés à un compte individuel d'assurances, il y a nécessairement autant de comptes que d'assurés ! Premier travail, retrouver le compte de l'assuré. Ensuite, il va falloir compter le nombre

d'années de versements qui auront été effectués par l'assuré et reprendre une à une ces années pour vérifier si elles correspondent chacune à 240 cotisations journalières. Ceci fait, si le nombre d'années de versements correspond exactement à 30, la difficulté est moindre en ce sens que : « La pension, nous dit la loi, ne sera pas inférieure à 40 % du salaire moyen annuel de base résultant des cotisations d'assurances obligatoirement payées chaque année depuis l'âge de 16 ans. »

Il va donc être nécessaire de procéder au calcul de ce salaire moyen de base ; ce qui n'ira pas le plus souvent sans difficultés, car au cours de ces 30 années, l'assuré aura pu faire des stages plus ou moins longs dans chacune des 5 catégories prévues par la loi et également dans l'assurance facultative et dans l'assurance agricole ; puis finalement prendre les 40 % de ce salaire de base.

Mais peut-être ces 40 % vont-ils donner une somme supérieure à celle trouvée au compte individuel de l'assuré. Dans ce cas, il appartiendra au fonds de majoration et de solidarité de compléter la pension jusqu'à concurrence de ces 40 %.

Si le nombre des années de versements a été inférieur ou supérieur à 30, il faudra se livrer à de nouveaux calculs ayant pour but de diminuer ou augmenter d'un certain nombre de trentièmes la pension précédemment calculée, comme si le nombre des versements avait été égal à 30.

Si les années de versements ne correspondent pas toutes à au moins 240 cotisations journalières, le minimum de 40 % n'est plus garanti, mais devra être réduit au moyen de calculs proportionnels compliqués.

Par ailleurs, d'autres difficultés peuvent surgir si le nombre des années de versements n'a pas été de 6, si l'as-

suré a élevé au moins 3 enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, etc., etc., que l'on songe que les mêmes calculs sont nécessaires pour le risque décès et des calculs plus compliqués encore pour le risque invalidité, que l'on songe également à toutes les vérifications nécessaires aux erreurs inévitables, aux réclamations qui s'ensuivent, et l'on conviendra que c'est avec raison que nous avons reproché à notre système législatif des prestations d'être à la fois injuste et compliqué.

Notons que son injustice seule eut déjà suffi à nos yeux pour en demander la condamnation.

Chapitre II

Quelques suggestions

Il nous apparaît cependant comme très facile de faire place à la fois à la solidarité et à la simplicité. A la solidarité d'abord, en décidant que tous les assurés sociaux, quelle que soit l'importance des versements qu'ils effectuent et du nombre des versements effectués, seront traités sans aucune exception de la même façon, sur un pied de parfaite égalité quant aux prestations en espèces qu'ils seront appelés à recevoir. A la simplification ensuite, en décidant que le montant des différentes prestations sera fixé une fois pour toutes par un décret à un nombre forfaitaire.

Cependant, un nouveau décret pourra intervenir afin de relever le montant des prestations en cas d'une diminution de la valeur de la monnaie pour une cause quelconque d'ordre économique ou financier (inflation, dévaluation). Et ce relèvement sera possible grâce à l'abandon de la capitalisation, dont nous montrerons plus loin les inconvénients et les dangers.

Dans le projet mutualiste, dont il a été question plus

haut, la couverture des risques vieillesse et invalidité basée sur le principe d'une cotisation uniforme pour tous conduisait — inéluctablement — à des prestations fixes identiques pour tous, mais par ailleurs assez faibles.

Et force nous est de faire remarquer que d'une façon générale les prestations servies ou à servir aux assurés sociaux sont dans notre loi d'assurances beaucoup trop faibles, plus particulièrement celles qui couvrent le risque vieillesse. Ce que doit vouloir le législateur c'est permettre à l'assuré, qui a travaillé jusqu'à l'âge de 60 ans, de cesser tout travail à cet âge et de vivre modestement soit, mais honorablement. Or, en lui allouant une pension annuelle de 2.000 francs ou même 3.000 francs, il n'imagine pas, nous pensons, qu'il lui donne ainsi la possibilité de se passer de travailler.

Et cependant, à notre avis, il faut arriver absolument à ce résultat : qu'inéluctablement à 60 ans le salarié cesse tout travail. Nous savons bien qu'à la Commission de la Chambre il a été demandé à l'époque exactement le contraire, et notamment que l'âge de la pension de vieillesse ne fut pas un terme inéluctable parce qu'inexorable. Cependant, nous maintenons notre opinion pour deux raisons. D'abord, parce que du point de vue humain, il est pénible qu'un salarié, surtout lorsque c'est un ouvrier, âgé de plus de 60 ans, soit obligé pour vivre de continuer un travail fatigant et mal rémunéré. Et ensuite, parce que du point de vue social, à l'heure où le problème du chômage devient angoissant, c'est avant les plus de 60 ans, les jeunes qui ont le droit au travail et qu'il importe de faire travailler. Par conséquent, les salariés de 60 ans doivent pouvoir leur céder la place, et, pour ce faire, recevoir des prestations suffisantes pour vivre.

Voici comment nous proposons d'appliquer les principes précités. Nous allons reprendre un à un les risques dont il a été question plus haut.

Envisageons d'abord les risques maladie et maternité, mais occupons-nous uniquement des indemnités journalières; ultérieurement, nous aurons à parler des prestations en nature.

Au lieu de décider comme le fait l'article 5, § 1^{er}, que dans ces deux hypothèses l'indemnité journalière sera égale à la moitié du salaire de base, c'est-à-dire sera de 3 francs pour les assurés de la 1^{re} catégorie et de 18 francs pour ceux de la 5^e, ce qui est scandaleux, nous la fixons à une somme forfaitaire, la même pour tous les assurés, égale à 15 francs.

Pour couvrir le risque décès, le législateur s'est montré bien généreux. Il nous semble plus judicieux de réserver cette générosité à la couverture des autres risques. En effet, à quoi doit servir la somme versée aux ayants droit de l'assuré qui décède? Uniquement, puisque les frais de dernière maladie sont payés, à faire face aux frais funéraires et à permettre dans une certaine mesure au conjoint veuf de vivre quelques jours en attendant un emploi, s'il ne travaillait pas — ce qui prouve alors une petite aisance du ménage. — Aussi paraît-il raisonnable de décider simplement que lorsqu'un assuré quelconque décède, il est versé à ses ayants droit (au sens de l'article 19, § 3, de la loi d'Assurances Sociales) une somme fixée uniformément à 500 francs pour tous les salariés. Ceci à partir de 1960, évidemment, c'est-à-dire à l'époque où la loi entrera dans son fonctionnement normal, et où par la force même des choses, puisque tous les salariés sont assurés sociaux obligatoires, le nombre des versements sera toujours important car ces derniers n'auront pas cessé depuis le moment où l'individu aura commencé à travailler jusqu'à celui où il atteindra 60 ans. C'est la raison pour laquelle nous n'aurons plus à exiger un nombre minimum de versements, et nous verrons les conséquences importantes de cet

agencement sur l'Assurance-vieillesse et surtout sur l'Assurance-chômage.

En attendant 1960, pendant la période transitoire, le barème suivant pourrait être appliqué à tous les assurés qui décèdent, en faveur de leurs ayants droit :

300 francs à partir du 1^{er} juillet 1936.

325 — — 1937.

350 — — 1938.

et ainsi de suite... jusqu'à ce que soit atteinte la somme de 500 francs en 1942.

Il est évident que nous avons établi là volontairement un barème avantageux pour les assurés de la période transitoire.

Passons maintenant au risque vieillesse.

Nous proposons d'abord de supprimer pour les raisons que nous avons données précédemment la possibilité qu'offre actuellement aux assurés notre loi d'Assurances Sociales, d'ajourner la liquidation de leur pension de vieillesse jusqu'à l'âge de 65 ans ; de faire également disparaître dans un but de simplification et aussi parce que nous n'allons pas exiger un nombre de versements minimum, les possibilités de liquidation anticipées à l'âge de 55 ans. Enfin, nous proposons également la suppression des liquidations à capital aliéné. Ces dernières manifestement détournent la loi de son objectif premier. De deux choses l'une en effet : ou l'individu a besoin de sa pension pour vivre et alors il ne lui est pas possible de s'en passer et notamment d'en consacrer le capital — ou la majeure partie de celui-ci — à l'achat d'un terrain ou d'une maison, ou l'individu peut se passer de sa rente et alors c'est qu'il a réussi à accumuler un certain capital. Dans ce cas, s'il désire une maison ou un terrain, il n'a qu'à utiliser ce capital à l'achat d'un immeuble qu'il convoite sans qu'il soit

nécessaire qu'il demande la réalisation partielle du capital représentatif de sa rente viagère.

Il est vrai que la loi dans son article 18, § 1^{er}, autorise également l'assuré qui réclame la liquidation de sa pension de vieillesse à capital aliéné à demander sous réserve d'une réduction de sa propre pension, la constitution d'une rente réversible pour moitié sur la tête de son conjoint survivant, avec jouissance pour ce dernier au plus tôt à 55 ans. Le moins que l'on puisse dire de cette disposition c'est qu'elle est inutile, parce qu'elle aboutit à des résultats médiocres. Considérons en effet un individu appartenant à la quatrième catégorie dont le salaire quotidien de base est par conséquent de 24 francs et l'annuel de 7.750 francs, et qui a effectué les 30 versements annuels requis; quelle sera par application de l'article 18, § 1^{er}, la pension que touchera sa femme à 50 ans, par exemple? Elle sera de :

$$\frac{7.750 \times 40}{100} = 1.240 \text{ francs, soit } 103 \text{ francs par mois.}$$

Ce qui est une somme bien faible et qui ne justifie pas, à notre avis, la complication de la loi.

Aussi bien, pour faire un peu de logique, avec le système que nous avons développé précédemment, tous les salariés sont assurés sociaux. Donc, si la femme travaillait étant assurée sociale, elle touchera elle-même une pension de retraite.

Si elle ne travaillait pas, c'est qu'il s'en fallait de beaucoup que le ménage fut impécunieux et l'on ne voit pas bien de quel secours serait à la femme survivante les quelques 103 francs par mois, que le système de la réversibilité lui permettrait de toucher.

Donc, en résumé, suppression de toutes les modalités ad-

mises dans les articles 13, § 2, 17 et 18, § 1^{er}, pour décider que l'âge auquel les assurés pourront toucher leur pension de vieillesse est fixé inexorablement, sans qu'aucune demande d'ajournement ou d'anticipation puisse être admise, à 60 ans.

Et enfin, nous décidons qu'à 60 ans les assurés touchent une pension fixée forfaitairement aux sommes suivantes :

a) 5.500 francs par an si l'assuré est marié ou veuf d'un conjoint non assuré social.

b) 7.000 francs par an si l'assuré est veuf d'un conjoint assuré social.

c) 5.000 francs par an si l'assuré est célibataire.

Ces distinctions sont nécessaires. Outre qu'elles justifient les taux très faibles que nous avons admis pour l'Assurance-décès, elles ont le mérite, à notre avis, de suivre de très près les nécessités pratiques.

En effet, dans l'hypothèse où les deux époux travaillent, ils sont assurés sociaux et par conséquent à l'heure de la retraite le ménage touchera par an 5.500×2 , soit 11.000 francs. Ce qui lui permettra de vivre. Naturellement, si l'un des conjoints décède, la rente du survivant est automatiquement portée de 5.500 à 7.000 francs.

C'est qu'en effet nous estimons que 7.000 francs sont nécessaires, mais suffisants, pour qu'une personne de 60 ans puisse vivre.

Aussi, si nous n'allouons qu'une pension de 5.500 francs au veuf d'un conjoint non assuré social, c'est que nous voyons dans le fait que l'un des deux conjoints ne travaillait pas, la preuve d'une certaine aisance dans le ménage. Et il semble bien que dans ce cas, la somme de 5.500 francs soit suffisante, car elle ne jouera qu'un rôle d'appoint auprès du survivant.

Au contraire, l'ouvrier retraité devenu veuf peut diffi-

cilement vivre avec 5.500 francs par an, si c'est là sa seule ressource, c'est-à-dire si sa femme travaillait de son vivant, et par conséquent, il semble raisonnable de lui accorder alors 7.000 francs par an.

Enfin, si nous n'allouons que 5.000 francs au célibataire c'est qu'il est de tradition de traiter avec défaveur les célibataires, et que nous ne voyons aucune bonne raison pour rompre avec cette tradition.

Nous avons donc fait ici une application très large du principe de solidarité. Un seul souci nous a guidé pour déterminer les différentes hypothèses envisagées: la pension de l'assuré social, ses besoins et non ses versements. Notons que là également comme pour l'Assurance-décès, ces barèmes ne peuvent être appelés à fonctionner qu'en 1960. Mais en attendant cette date, il est également très facile d'appliquer ici pendant une période transitoire un barème forfaitaire provisoire très simple, le suivant par exemple:

Les pensions liquidées:

Au bout de 5 ans (1935)	{	seront de 1.000 francs dans le cas A.
		seront de 2.000 francs dans le cas B.
		seront de 875 francs dans le cas C.
Au bout de 6 ans (1936)	{	seront de 1.180 francs dans le cas A.
		seront de 2.200 francs dans le cas B.
		seront de 1.040 francs dans le cas C.
Au bout de 7 ans (1937)	{	seront de 1.360 francs dans le cas A.
		seront de 2.400 francs dans le cas B.
		seront de 1.205 francs dans le cas C.
Au bout de 29 ans (1959)	{	seront de 5.320 francs dans le cas A.
		seront de 6.800 francs dans le cas B.
		seront de 4.835 francs dans le cas C.

Et ainsi de suite, avec une augmentation annuelle de 180 francs dans l'hypothèse A, 200 francs dans l'hypothèse B, et 165 francs dans l'hypothèse C.

Chapitre III

L'invalidité et la loi du 9 Avril 1898

Nous allons maintenant examiner le risque invalidité et lui consacrer un assez long développement.

Actuellement, il existe une dualité de juridictions sur les nvalidités résultant d'accidents ou de maladies. La loi du 9 avril 1898 qui traite des accidents du travail et des maladies professionnelles et la loi d'Assurances Sociales qui consacre les articles 10, 11 et 12 aux invalidités qui suivent certaines maladies autres que les maladies professionnelles ou qui sont le résultat d'accidents autres que les accidents du travail. Or, si la loi du 9 avril 1898 se justifiait pleinement lorsqu'il n'existait en France aucune loi générale d'Assurances Sociales, il semble que l'on puisse recourir maintenant à un système plus simple, consistant, comme cela a été préconisé au Sénat lors de l'élaboration d'un texte définitif de projet d'Assurances Sociales, à faire du risque professionnel un risque social, c'est-à-dire en définitive à supprimer la loi de 1898 et à décider que chaque fois qu'une invalidité surviendrait qu'elle ait son origine dans une maladie ou dans un accident professionnels, dans une maladie ou un accident quelconques non professionnels, elle sera couverte par les Assurances Sociales.

Pour justifier cette unification, il y a d'abord une raison d'ordre général (et non particulière au cas qui nous occupe), c'est qu'il y a toujours intérêt à apporter des simplifications à un système législatif lorsque cela est possible. Mais il est aussi d'autres raisons particulières ayant chacune une certaine force.

La première, c'est que la loi de 1898 oblige les chefs

d'entreprise à faire face aux frais médicaux et pharmaceutiques et éventuellement aux frais funéraires des ouvriers qui durant leur travail ont été victimes d'une blessure ou d'un accident mortel, et à verser dans ces hypothèses à ces ouvriers ou leurs ayants droit des indemnités plus ou moins élevées. Donc, cette loi fait peser des charges assez lourdes sur les employeurs, qui prendront alors le plus souvent le soin d'affilier leurs ouvriers et employés à des Sociétés de Secours Mutuels ou à des Compagnies d'Assurances, en prenant à leur charge partie ou totalité des cotisations.

Ce qui, remarquons-le, n'aura pas pour effet de les soustraire à toutes indemnités, car ils demeureront tenus de compléter les versements effectués par les Sociétés ou les Compagnies auxquelles ils auront affilié leurs ouvriers, lorsqu'ils sont insuffisants. Nous voyons donc que les employeurs lorsqu'ils auront satisfait à toutes les obligations de la loi d'Assurances Sociales n'en auront pas cependant terminé avec toutes leurs obligations d'ordre social. Il leur faudra encore, ou verser de nouvelles cotisations, ou courir le risque d'avoir à payer de fortes indemnités et des frais médicaux et pharmaceutiques. Cette dualité d'obligations est regrettable.

Mais, par ailleurs, est-ce que la situation de l'ouvrier, considérée du point de vue de la garantie des risques qu'il court, est excellente? Il ne le semble pas, et c'est là notre deuxième raison.

En effet, le privilège général de l'article 2101 du C. C. accordé par le législateur à la victime ou à ses ayants droit en vue de garantir la créance relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail ne vient qu'en sixième lieu et par conséquent peut souvent devenir inopérant.

Certes, si le chef d'entreprise, la Société Mutuelle ou la Compagnie d'Assurances deviennent insolvables, c'est la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse qui devra assumer le paiement des indemnités au moyen d'un fonds spécial de garantie. Mais, on le voit, l'employé court déjà le danger que représente pour lui un patron insolvable, et s'il ne connaît pas ses droits, il risque de ne rien toucher ou à tout le moins d'être soumis à des démarches et à des formalités très longues et fastidieuses qui parfois ne manqueront pas de le rebuter.

Et puis surtout dans l'hypothèse où l'employeur aura assuré ses employés contre les risques du travail à une Compagnie d'Assurance quelconque, cette dernière ne manquera jamais de contester sur tous les points les moindres revendications de l'ouvrier accidenté, qui finalement devra recourir aux tribunaux s'il veut toucher quelque chose. Mais là nous savons que tous les charmes de notre procédure médiévale seront à sa disposition pour lui permettre de recevoir au bout de plusieurs années des sommes qui lui sont pourtant indispensables de suite. Enfin, ne manquons pas de signaler que depuis l'existence des Assurances Sociales une fraude nouvelle a vu le jour. Elle consiste, dans toutes les hypothèses où cela est possible, à dénaturer l'accident du travail pour en faire un accident ordinaire, au besoin en faisant pression sur la victime, qui le plus souvent se moque éperdument des circonstances de l'accident qui lui arrive, ne cherchant qu'à en obtenir la réparation par quelque moyen que ce fût, celui qu'on lui présente comme le plus efficace.

Ainsi, de nombreux accidents, dont la réparation devrait normalement incomber à l'employeur vont, par des manœuvres frauduleuses, passer à la charge des Assurances Sociales.

C'est pour toutes ces raisons que nous demandons de faire du risque professionnel un risque social et de décider que, chaque fois qu'un individu devient invalide, soit à la suite d'une blessure, soit à la suite d'une maladie, nous nous trouvons en présence d'un risque que couvre dans tous les cas la loi d'Assurances Sociales, sans qu'il y ait lieu d'examiner si cet accident ou si cette maladie ont ou non un caractère professionnel.

Il faut remarquer que lorsqu'un accident surviendra durant le travail d'un employé, il ne sera à la charge de l'Assurance Sociale que si cet employé est un salarié, puisque seuls, tous les salariés sont assurés sociaux.

N'en sera-t-il pas toujours ainsi? On pourrait répondre oui. Cependant, quelques employés à hauts salaires (directeurs, chefs de bureau dans l'industrie ou le commerce) pourront ne pas être des salariés, parce que leur salaire ne sera pas leur unique source de subsistance. Dans ce cas, que décider? Notons que pour eux l'hypothèse d'une invalidité survenant à la suite d'une maladie professionnelle peut être délibérément écartée, mais reste celle d'une invalidité consécutive à un accident du travail. Elle se réalisera évidemment très rarement, mais comme elle peut se réaliser nous devons l'envisager et lui donner une solution. Nous n'en voyons pas d'autres que dans l'application des articles 1382-3 et 4 du C. C.. C'est-à-dire la nécessité pour les employés non salariés de prouver la faute de leurs employeurs dans l'hypothèse où durant leur travail ils auraient été victimes d'un accident pour en obtenir réparation. Cette solution n'est pas bonne et ce n'est pas sans une certaine tristesse que nous nous résignons à faire retour à un état de droit ancien. Cependant, il faut ajouter qu'elle ne peut apporter de gros inconvénients parce que, d'une part, les employés non salariés seront en

nombre infime, et que d'autre part, les possibilités pour eux d'être victimes d'accidents au cours de leur travail sont extrêmement réduites.

Ainsi la loi du 9 avril 1898 ne trouvant plus d'applications peut disparaître sans inconvénients.

Mais quelles prestations seront alors servies aux assurés devenus invalides à la suite d'un accident ou d'une maladie quelconques? Nous savons en effet que le système de loi de 1898 diffère assez notablement de celui de notre loi d'Assurances Sociales quant aux indemnités, dont il va être seulement question ici.

La loi de 1898 se contente d'une invalidité quelconque entraînant une incapacité de travail même très faible (5 % ou 10 %) pour obliger l'employeur ou la Compagnie d'Assurance à verser une pension à son employé accidenté. Au contraire, la loi d'Assurances Sociales exige une invalidité très sérieuse réduisant au moins des $\frac{2}{3}$ la capacité de travail de l'assuré pour lui accorder une pension d'invalidité, laquelle, il est vrai, sera la même que le taux d'incapacité soit de 66,6 %, ou atteigne 100 %. C'est là l'application du système Alsacien-Lorrain, qui fut préconisé par le Sénat. La Chambre, au contraire, avait fixé le taux minimum à 60 % et faisait entre 60 et 100 % varier les prestations en argent avec le taux d'incapacité.

Si nous fondons la loi de 1898 et la loi d'Assurances Sociales en ce qu'elles touchent à l'invalidité, il va falloir donner la préférence à l'une des deux lois; c'est à la loi de 1898 que nous la donnons pour deux raisons. La première, c'est que les invalidités dues aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles sont très sensiblement plus nombreuses que celles causées par des accidents ou des maladies ordinaires.

La deuxième, c'est que le système adopté par notre loi

d'Assurances Sociales ne nous satisfait pas. D'abord, nous n'allons pas y insister, parce qu'il encourt les mêmes reproches que ceux que nous avons formulés pour le risque vieillesse. Il est beaucoup trop compliqué, notamment dans le calcul des pensions d'invalidité, et il ne fait aucune application de la solidarité, qui, à nos yeux, doit être la base première d'une loi d'Assurances Sociales. C'est pour cette raison que nous préconisons ici également la fixation des pensions sur une base forfaitaire unique.

Ensuite, il fait entrer en ligne de compte la seule incapacité physique. Ainsi en décide le § 2 de l'article 10, qui renvoie à la loi du 31 mars 1913, dont les barèmes ne relatent que des taux correspondants à l'incapacité physique. Certes, l'application de ce barème est provisoire. Mais on a déclaré que la Commission médicale chargée de préparer les nouveaux barèmes les établirait sur la base de l'incapacité physique et non professionnelle, car dans cette dernière hypothèse les difficultés seraient insurmontables. Et cela est bien évident, en s'y prenant de cette façon. Nous estimons qu'il est bien préférable de tenir compte de l'incapacité professionnelle. C'est à la fois plus rationnel et plus juste. Enfin, il ne tient aucun compte des invalidités réduisant la capacité de travail de moins de 66,6 %, probablement dans le but de simplifier et d'éviter les dépenses trop considérables.

Mais il est un peu trop simple, à notre avis, de décider que l'invalidé partiel (dont l'invalidité, notons-le, peut entraîner une incapacité atteignant 60 %) pouvant se livrer à quelques menus travaux, est indigne d'intérêt, et qu'il n'a qu'à compter sur lui-même.

Evidemment, la loi y gagne en facilités d'application. Mais en poussant plus loin le raisonnement, on s'aperçoit qu'elle y aurait gagné davantage encore en laissant totalement

de côté le risque invalidité. Si l'on décide de couvrir le risque invalidité, il importe, croyons-nous, de ne pas établir une distinction aussi arbitraire entre les invalides, et qui par ailleurs ne manque pas d'être la source de mécontentements, d'injustices et aussi de nombreux abus.

Pour toutes ces raisons, nous proposons d'appliquer le système suivant : toutes les invalidités entraînent le paiement d'une pension. Les pensions d'invalidité seront calculées sur la base d'une somme de francs 7.000, correspondant à une incapacité professionnelle de 100 %, au prorata des taux d'incapacité. Ces taux seront fixés par le médecin qui examinera l'invalidé, en tenant compte de la réduction de capacité professionnelle et non physique.

Exemple : un typographe est amputé d'une phalange d'un doigt de la main gauche, à la suite d'une piqûre occasionnant un abcès, qu'il s'était faite durant son travail. Il est évident que, dans la plupart des métiers, l'incapacité professionnelle en résultant serait à peu près nulle. De même l'incapacité physique est réduite à rien dans cette hypothèse, au contraire, ici la capacité professionnelle subit une réduction sensible, car une très grande agilité des doigts est indispensable au typographe pour exercer son métier. Compte tenu de cette considération, le médecin qui examinera notre typographe fixera par exemple à 20 % le taux de sa réduction de capacité professionnelle. Dans ce cas, l'accidenté touchera une pension annuelle de 7.000×20

$$\frac{\quad}{100} = 1.400 \text{ francs.}$$

100

Autrement dit, c'est ici le système de la loi du 9 avril 1898 que nous proposons d'appliquer, mais en supposant que le salaire annuel de la victime soit dans tous les cas de francs 7.000.

Ainsi, en cas d'accident mortel, les ayants droit de la

victime toucheront une pension de 1.400 francs par an (20 % de 7.000 francs) quel que fût le salaire de la victime.

Nous voyons donc que le système est extrêmement simple et fait une application aussi poussée que possible de la solidarité entre les assurés sociaux.

Il est évident que la nécessité pour le pensionné de se soumettre aux visites médicales est aussi maintenue. Seulement, la pension au lieu d'être supprimée comme le décide le § 5 de l'article 12, si la capacité de travail devient supérieure à 50 %, ne le sera que lorsqu'elle sera redevenue totale.

A l'âge de 60 ans, l'invalidé est automatiquement versé au risque vieillesse, mais à 60 ans seulement, contrairement à ce que décide le § 9 de l'article 12 de la loi d'Assurances Sociales dans l'hypothèse où l'invalidité entraîne une incapacité permanente et absolue de travail. Dans ce dernier cas, en effet, avec les chiffres que nous avons donnés pour la pension de vieillesse et qui seront appliqués sans modification à l'invalidé, ce dernier continuera à toucher 7.000 francs par an si son conjoint était assuré social et est décédé. Mais il ne touchera plus que 5.500 francs ou même 5.000 francs dans les autres hypothèses. Cette réduction n'est pas illogique. C'est en effet surtout des besoins des pensionnés que nous avons voulu tenir compte pour déterminer le montant des pensions. Or, il est évident qu'à 60 ans les besoins d'un individu sont moins considérables que ceux d'une personne plus jeune. Par ailleurs, il semble plus juste aussi qu'un individu jeune arrêté subitement en plein élan par un accident brutal ait droit à une pension plus forte parce que l'avenir pouvait s'ouvrir très favorable pour lui, que celle de celui qui a atteint 60 ans et dont les ambitions et les appétits sont, sinon éteints, du moins singulièrement apaisés. Notons que nous ne jugeons

guère opportun de réduire en cas d'invalidité partielle les pensions de vieillesse qui seront allouées à 60 ans.

En effet, les invalides, dans la majorité des cas, n'auront subi que des incapacités de travail ne les empêchant pas de travailler mais réduisant seulement leurs salaires, et ils pourront par conséquent continuer à cotiser aux Assurances Sociales et par conséquent bénéficier des prestations de toutes natures, y compris celles afférentes à la vieillesse et à l'invalidité. Car si l'article 12, § 7, de notre loi d'Assurances Sociales déclare que si le titulaire d'une pension d'invalidité travaille la fraction de cotisation affectée à l'assurance invalidité est portée à un compte individuel d'assurance vieillesse, il ne nous est plus possible d'admettre une telle disposition, car nous faisons face à toutes les réductions de capacité et partant il nous faut prévoir l'hypothèse où un individu touchant par exemple une pension de 1.400 francs par an, est à nouveau victime d'un accident, portant cette fois son incapacité à 40 % et nécessitant par conséquent le versement d'une pension annuelle de 2.800 francs.

Dans les hypothèses où les incapacités professionnelles atteindront $\frac{2}{3}$ et au-delà, les invalides ne toucheront toujours que des pensions fixées au prorata de leur réduction de capacité, mais vraisemblablement ils ne pourront plus, pendant un temps plus ou moins long, se livrer à aucun travail et partant cotiser aux Assurances Sociales. A 60 ans, ils auront cependant le droit de toucher les mêmes pensions de retraite que les autres travailleurs plus heureux qu'eux qui n'auront été victimes d'aucun accident. Ceci dans un but d'humanité et de solidarité.

Les fraudes ne sont pas à craindre, car il est vraiment peu probable qu'un individu ayant subi un accident réduisant sa capacité de travail de 50 % par exemple, et touchant par

conséquent une pension annuelle de 3.500 francs s'en contente jusqu'au moment où il redevienne valide et ne cherche aucun travail complémentaire, sous le seul prétexte qu'à 60 ans sa pension de retraite sera la même que celles des autres travailleurs.

Aussi bien, de même que dans la loi de 1898 et dans celle d'Assurances Sociales, l'invalidé sera soumis à des visites et expertises médicales à la suite desquelles son indemnité annuelle pourra être réduite.

Etant donné le respect que l'on doit aux victimes du travail et compte tenu de la situation difficile dans laquelle généralement ils se trouvent, nous estimons juste de décider ici que les invalides de la période transitoire bénéficieront des chiffres pleins dès maintenant et qu'à 60 ans, ils ne passeront au risque vieillesse que si la retraite qui leur serait allouée devait être pour eux plus avantageuse.

Afin de ne pas quitter l'étude des risques, nous allons examiner les questions de sursalaire et de l'assurance chômage.

A notre avis, une loi d'Assurances Sociales digne de nom, doit faire face exactement à tous les risques des assurés. Si elle en laisse échapper quelques uns sous des prétextes quelconques, ce n'est plus une véritable loi sociale.

Elle en porte seulement le nom, mais ne le mérite pas. Or, sur les deux points précités, notre loi est trop nettement insuffisante.

Chapitre IV

Les Sursalaires

Examinons d'abord la question du sursalaire ?

La loi consacre son article 20 aux charges de famille, c'est-à-dire que dans un système d'ailleurs très simple elle se borne à procéder à des majorations forfaitaires des prestations versées en cas de maladie, invalidité, grossesse ou décès, aux assurés qui ont un ou plusieurs enfants à leur charge.

Certes, ceci procède d'un louable souci de venir plus particulièrement en aide aux familles les plus intéressantes, mais pense-t-on sincèrement qu'on ait fait suffisamment ? Non évidemment ; car avec ce système sont seulement majorées les prestations ; c'est-à-dire que l'article 20 ne sera appelé à jouer que lorsque des charges nouvelles s'abattront sur la famille par suite de maladie, invalidité, décès ou grossesse. Mais rien n'a été prévu dans notre loi d'Assurances Sociales pour le temps normal en faveur du travailleur qui a à élever une nombreuse famille avec son seul salaire.

C'est la loi du 11 mars 1932 qui a introduit dans l'article 74 du Code du Travail le principe de l'allocation familiale obligatoire. Cet article dit en effet : « Tout employeur occupant habituellement des ouvriers ou des employés de quelque âge et de quelque sexe que ce soit dans une profession industrielle, commerciale, agricole ou libérale, est tenu de s'affilier à une caisse de compensation ou à toute autre institution agréée par le Ministre du Travail, constituée entre employeurs en vue de répartir entre eux les charges des allocations familiales prévues par le présent chapitre. »

Mais là également, de même que pour les accidents du travail, il nous faut regretter qu'en dehors des Assurances

Sociales l'employeur soit encore tenu à d'autres obligations de caractère social et notamment à verser des cotisations à des caisses de compensation. Et surtout nous estimons préférable et plus sûr pour l'employé de voir le risque social que constitue pour lui les charges de famille, couvert par les Assurances Sociales.

En effet, l'allocation familiale n'est garantie que par un privilège général prenant seulement le 7^e rang dans l'article 2101 du C. C.

Souvent, elle sera insuffisante et payée comme à regret à l'intéressé. Enfin, là aussi, il nous semble opportun d'unifier la législation sur la question largement entendue des charges de famille. C'est pour toutes ces raisons que nous demandons de faire rentrer les allocations familiales dans la loi d'Assurances Sociales, comme cela avait été envisagé à une certaine époque dans un des projets du Sénat, et d'en fixer forfaitairement pour toute la France les taux dans la loi elle-même, au lieu de laisser ce soin au Ministre du Travail.

Par ailleurs, ces allocations familiales, continuant à être versées aux intéressés tant qu'ils demeureront dans les conditions légales, c'est-à-dire tant qu'ils auront à élever des enfants répondant aux conditions fixées, ne cesseront pas en cas de maladie, invalidité, grossesse ou décès et partant il sera possible de supprimer de notre loi d'Assurances Sociales les textes relatifs aux charges de famille.

Ainsi, une simplification intéressante sera apportée à notre loi puisque les différentes prestations auxquelles les assurés ont droit, leur seront versées sans tenir compte de leurs charges de famille lesquelles seront couvertes par des versements spéciaux et ininterrompus. Toutefois, pour la détermination des enfants à charges, nous appliquerons ici les

systèmes combinés des Assurances Sociales et des allocations familiales.

Seront considérés comme enfants à charge de la personne qui les élève, les enfants de plus de six semaines, mais de moins de 13 ans, non salariés, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus, recueillis, adoptifs ou Pupilles de la Nation si l'assuré est tuteur.

Etant donné que nous avons proposé d'appliquer les Assurances Sociales à tous les salariés, c'est-à-dire à un très grand nombre de travailleurs dans une aisance relative, nous ne pouvons considérer comme étant à la charge de l'assuré les enfants de plus de 13 ans, qui continuent leurs études, mais seulement ceux qui sont en apprentissage ou dans l'impossibilité constatée de se livrer à aucun travail salarié par suite d'infirmité ou de maladies chroniques.

De plus, pour la même raison, il nous semble que la présence dans une famille d'un ou de deux enfants dans les conditions précitées soit insuffisante pour justifier ces versements à des sommes forfaitaires et de les allouer dans les conditions suivantes :

<i>Enfants à charge</i>	<i>Indemnité mensuelle</i>
1	0
2	0
3	50
4	100
5	150
6	200

Evidemment, le § 4 de l'article 20 demeure en vigueur, mais devient : « Lorsque dans une famille, le mari et la femme ont droit en même temps aux prestations des assurances, il n'est effectué qu'un seul versement spécial par mois, en cas de charges de famille. »

Chapitre V

Le Chômage

Si nous considérons le risque chômage, nous voyons que notre loi d'Assurances Sociales a fait sur ce point un effort méritoire, mais là encore très insuffisant, puisqu'elle ne couvre pas le risque chômage, mais se borne seulement à instituer le versement à la place de l'assuré chômeur du montant de sa cotisation pendant une période d'un trimestre par an, s'il remplit les multiples conditions nécessaires, afin de lui éviter les déchéances. Ce qui revient à écrire que l'assurance chômage obligatoire n'existe pas en France. On pourrait presque écrire l'assurance chômage tout court, car si dès 1902 des caisses contre le chômage sont fondées par des syndicats et si dès 1905 l'Etat subventionne ces caisses pour créer finalement, en 1914, un Fonds National de Chômage, ces caisses n'ont jamais pris qu'une faible ampleur et sont demeurées ou des bureaux de placement déguisés se bornant à octroyer aux ouvriers quelque argent pour aller tenter leurs chances ailleurs ou des caisses de secours véritables alimentées en partie par des fonds départementaux ou municipaux.

Dons, pas d'Assurance-chômage obligatoire véritable. Nous allons essayer de montrer qu'il est cependant indispensable qu'une telle assurance existe.

Et, à la base de notre raisonnement, nous n'allons pas manquer de mettre en avant le même argument, non particulier au cas qui nous occupe ; c'est qu'une loi d'Assurances Sociales doit faire face à tous les risques sociaux sans exception. Or, on peut affirmer que le risque chômage est le type du risque social par excellence en même temps que le plus démoralisant. Il affecte matériellement et moralement le travailleur en le mettant alors qu'il est dans la force de l'âge

dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins et à ceux de sa famille en le jetant dans une oisiveté déprimante, durant laquelle il voit chaque jour diminuer ses faibles ressources. Ce n'est pas sans tristesse que l'on songe à ces malheureux qui bien qu'exubérants de santé et appelant le travail de tous leurs vœux, qui bien que capables de rendre les services les plus grands, se trouvent rejetés de par les lois de notre société dans une situation inférieure à celle des malades ou des vieillards, qui, s'ils sont comme eux privés de salaire, ont droit toutefois au service de prestations qui leur permettront de se soigner, de vivre et de faire vivre les leurs.

Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'un homme aussi généreux que le Docteur Chauveau ait fait une place dans son projet du 8 juin 1926 — que nous aurons à examiner — à l'assurance chômage obligatoire.

Le Docteur Chauveau s'est, à juste titre, inspiré de l'exemple de l'Etranger. C'est, en effet, dès 1911 que l'assurance chômage est instituée en Angleterre pour quelques catégories de travailleurs. En 1920, elle était étendue à tous les travailleurs de l'industrie et du commerce. En Allemagne, l'assurance chômage a été appliquée dès 1924 à tous les salariés.

Cependant, malgré ces exemples, le Parlement français a délibérément écarté l'Assurance-chômage et repoussé sur ce point le projet Chauveau. Quelles raisons a-t-il donné de son attitude ?

Il a d'abord fait remarquer que les Assurances Sociales doivent protéger le travailleur et les siens dans leur personne physique, alors que l'assurance-chômage a pour but de les prémunir contre des éventualités économiques.

Cette remarque est trompeuse et en tant qu'argument n'a aucune force réelle. En effet, à quoi aboutit le chômage

sinon à faire du chômeur et des siens des êtres diminués physiquement pour n'avoir eu trop longtemps qu'une nourriture qualitativement et quantitativement insuffisante. Alors, à quoi bon, nous le demandons, instituer toute une législation protectrice de l'individu, ayant pour but principal de le défendre contre la maladie, si par ailleurs on ouvre la voie à la tuberculose sur des organismes jeunes, en tolérant que les enfants des chômeurs passent leur jeunesse à souffrir de la faim ? Plus tard, si la maladie ne les a pas terrassés, la Société aura fait d'eux des êtres chez lesquels elle aura tué la résistance physique et morale, et s'ils doivent grossir le lot des aigris, c'est elle qui en portera la responsabilité.

Aussi, peut-on vraiment penser sérieusement qu'assurer le travailleur contre le chômage, ce n'est pas le protéger lui et ceux qu'il a mission d'élever, dans leur personne physique ?

Il faut le dire, de bons résultats ne seront obtenus par notre loi d'Assurances Sociales que lorsqu'elle sera complète ; c'est-à-dire fera face à tous les risques personnels, familiaux et sociaux sans en excepter un seul. Si combattre la tuberculose est bien, il est tellement plus logique et plus aisé de ne pas favoriser sa naissance et son développement.

Un deuxième argument a été présenté à l'époque. Aujourd'hui, il paraît une plaisanterie, tant il a été dépassé par les événements. Etant donné, disait-on, la situation démographique de la France, en période normale l'assurance chômage ne jouera qu'exceptionnellement. Et quand bien même cela serait ? Il suffit que le risque chômage soit susceptible de se réaliser à l'encontre d'une minorité d'individus pour justifier l'existence de l'Assurance-chômage. Mais, malheureusement, il apparaît bien qu'actuellement la France comme la plupart des autres pays, victime elle aussi du chômage

technologique, se trouvera continuellement en présence d'un assez fort pourcentage de chômage irréductible.

Cela est évidemment un sujet de tristesse, mais aussi une raison de plus pour parer aux effets d'un danger, dont on ne sait combattre victorieusement les causes.

Quant au troisième argument mis en avant par la Chambre, il était celui-ci : en cas de crise grave, l'Assurance-chômage pourrait être extrêmement dangereuse pour l'équilibre financier des Assurances Sociales et même en compromettre l'existence.

Actuellement, cette considération a perdu toute sa force. En effet, le danger pour les Assurances Sociales ne pouvait résider que dans une sous-estimation du nombre possible des chômeurs. Or, à l'heure présente, le chômage atteint certainement son maximum ou à tout le moins une limite qu'il lui sera assez difficile de franchir, même dans un avenir assez lointain. Il suffira donc pour ne pas entraîner les caisses à la faillite d'établir les prévisions normales avec les chiffres actuels pour base et ainsi aucune surprise ne sera plus à craindre et partant aucun danger pour les Assurances Sociales.

Par ailleurs, d'autres raisons peuvent être mises en avant pour justifier l'Assurance-chômage.

Et d'abord celle qu'il existe partout actuellement en France des caisses de secours aux chômeurs que les communes sont tenues d'organiser, qu'elles organisent plus ou moins bien, le plus souvent mal, et qui cependant coûtent très cher à l'Etat, qui les subventionne largement. Alors, pourquoi ne pas remplacer tout ce système sans valeur par une véritable assurance qui coûterait moins cher, serait bien mieux organisée, et de plus présenterait cet avantage appréciable pour les assurés de ne pas revêtir l'apparence d'un

secours souvent octroyé d'une façon vexatoire, mais au contraire d'une prestation due ?

Enfin, empruntons la dernière raison au Docteur Chauveau, qui a fait remarquer à notre avis avec juste raison, que les articles 21 et suivants de notre loi d'Assurances Sociales avaient pour conséquence d'instituer toute la partie technique de l'Assurance-chômage, sans instituer l'assurance elle-même.

Ainsi, un pas très court nous sépare actuellement de l'Assurance-chômage, nous n'hésitons pas à demander qu'il soit franchi.

Ajoutons qu'un très grand pays, la Grande-Bretagne, a estimé en 1935, dans une réponse à une question posée à ce sujet par le B.I.T., qu'il était désirable que la Conférence Internationale du Travail adoptât un projet de convention prévoyant l'indemnisation des chômeurs involontaires et qu'elle n'en envisagerait pas l'adoption basée sur un autre système que l'Assurance obligatoire. La plupart des autres Etats se sont également montrés assez favorables à un tel projet de convention.

Enfin, si nous ne répondons pas à l'argument invoqué contre l'Assurance-chômage qu'elle est immorale parce qu'elle entretient des hommes à ne rien faire, c'est que nous estimons qu'il est ridicule. Alors, pour sauver la morale, il faut laisser les ouvriers mourir de faim ? Non, répondent ceux qui soutiennent cet argument, donnez-leur du travail !

C'est-à-dire rétablissez « les rateliers nationaux ». Et voilà pourquoi nous trouvons l'argument ridicule.

Comment organiser l'Assurance-chômage ?

Dès avant la guerre, des propositions de loi en vue de réaliser l'Assurance obligatoire contre le chômage avaient été déposées.

Citons le 23 janvier 1895, la proposition Jouffret.

le 13 novembre 1900, la proposition Vaillant.

le 19 juin 1902, la proposition Dumont.

Aucune d'entre elles ne devait aboutir.

Enfin, de suite après la guerre, la nécessité de telles propositions ne se fait pas sentir. Bien au contraire, le gouvernement passe des traités pour avoir le droit de recourir à la main-d'œuvre étrangère et plus particulièrement à la main-d'œuvre polonaise.

En 1926, le chômage, sans poser un problème angoissant, existe cependant. Aussi, le projet d'Assurances Sociales du Docteur Chauveau contient-il un titre réservé à l'Assurance-chômage (Articles 21 à 25).

Il fut l'objet d'attaques très vives à la suite desquelles le Docteur Chauveau sentit le besoin de défendre son projet dans un deuxième rapport, en date du 25 novembre 1926.

La question s'était d'abord posée de savoir si le chômage était un risque assurable. Cependant, cela était à peu près évident, et a du reste été surabondamment démontré.

Par ailleurs, outre les objections auxquelles nous avons répondu, on avait fait valoir que le chômage ne dépendait pas comme les autres risques des conditions générales de la vie en société, mais de conditions particulières à telle ou telle profession et à telle ou telle période économique, que l'Assurance-chômage ne manquerait pas de détourner l'individu de la recherche du travail, des déplacements nécessaires à ces recherches, enfin de l'adoption d'un autre métier; qu'elle aboutirait à des fraudes, à des abus de la part des employeurs qui renverraient sans ménagement leurs employés.

Evidemment, il y a dans toutes ces considérations une part plus ou moins grande de vérité, mais aucune raison vrai-

ment suffisante pour rejeter l'Assurance-chômage, sauf à prendre des précautions sérieuses pour l'organiser.

Le projet Chauveau ne nous satisfait pas pour bien des raisons. D'abord parce qu'entendant demeurer ici fidèles aux deux principes que nous avons mis précédemment en avant, à savoir : la simplicité et la solidarité, nous ne pouvons admettre l'institution d'une allocation de chômage variant suivant les salaires. Non ; à notre avis, les chômeurs doivent toucher des allocations forfaitaires qui seront les mêmes pour tous ceux qui se trouveront être dans les mêmes conditions de famille. On pourrait les fixer comme suit :

Au chômeur célibataire ou dont le conjoint ne travaille pas : 15 francs par jour.

Au chômeur dont le conjoint travaille : 7 frs 50 par jour.

Au chômeur dont le conjoint est chômeur : 10 francs par jour.

Ensuite, dans le projet Chauveau, l'allocation de chômage n'est due que pendant 60 jours ouvrables par périodes de 12 mois.

C'est manifestement trop peu. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'institution de l'Assurance-chômage faisant disparaître les caisses de secours subventionnées par l'Etat, l'assuré, par l'application de ce système, se trouverait dans une situation moins bonne qu'avant l'existence de l'assurance, puisque l'Etat, actuellement, limite par l'article 8 du décret du 28 décembre 1926, à 120 jours la durée annuelle du chômage secouru par les Pouvoirs Publics. Donc, il nous semble nécessaire de décider que les allocations seront dues au moins pendant ces 120 jours ouvrables. Si l'on considère que l'ouvrier ne travaille guère plus de 300 jours par an (déduction faite des 52 dimanches et de la dizaine de jours fériés de repos

légal), il reste donc 180 jours durant lesquels il ne touchera rien et cela apparaît comme un maximum.

Afin d'éviter la fraude qui consisterait pour un ouvrier à toucher pendant 120 jours l'allocation chômage, puis à travailler une semaine et se faire inscrire à nouveau comme chômeur, afin de toucher l'allocation durant encore 120 jours, il est utile de décider que ces 120 jours seront comptés du 1^{er} janvier au 31 décembre. Un ouvrier est-il tour à tour chômeur et travailleur, à partir du jour où il aura touché 120 allocations journalières comptées du 1^{er} janvier de l'année, il ne lui sera plus possible d'en toucher de nouvelles avant le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Les renseignements seront communiqués à ce sujet d'une caisse départementale aux autres caisses départementales qui en feront la demande.

Dans l'hypothèse où un salarié devient chômeur dans le courant de l'année, il n'aura droit qu'à un nombre d'allocations journalières égal à 10 multiplié par le nombre de mois restant à courir pour atteindre la fin de l'année légale. En effet, 120 jours d'allocations par période de 12 mois correspondent à 10 jours d'allocations par période de 30 jours ou 1 allocation pour 3 jours.

Exemple : Un ouvrier est inscrit au chômage le 12 mars. Il aura le droit jusqu'au 31 décembre à $9 \times 10 + 6 = 96$ allocations journalières.

Ce système des réductions proportionnelles dans une période annuelle fixé une fois pour toutes a l'avantage de réduire les vérifications et le travail de bureau d'une façon très sensible sur celui qui consiste à faire varier le départ de l'année avec chaque chômeur, et surtout de rendre impossible la fraude signalée plus haut.

Enfin, il nous paraît inadmissible de prévoir, comme le

fait le § 4 de l'article 21 du projet Chauveau qu'une retenue de 10 % sera opérée sur le montant de l'allocation journalière du chômeur, en vue de lui maintenir durant 6 mois ses droits à l'assurance des autres risques.

D'abord, cette retenue paraît notablement exagérée. Et il est un peu paradoxal, il faut l'avouer, de ne retenir que 5 % sur le salaire de l'individu qui travaille, mais d'opérer lorsqu'il est en chômage un prélèvement de 10 % sur son allocation. Mais, de plus, nous trouvons inadmissible qu'une retenue quelconque, même fixée à un taux raisonnable, soit faite sur l'allocation du chômeur. Donner d'une main, reprendre de l'autre, c'est, outre compliquer inutilement, vexer le chômeur.

N'est-il pas possible, en cas de chômage, de procéder à un agencement spécial des différents risques?

Considérons un à un ces risques et voyons comment dans chaque cas la question se pose :

La maladie. — Nous sommes en présence d'un individu en chômage depuis plus de 3 mois, qui n'a pas cotisé à l'Assurance Sociale depuis sa cessation de travail, et qui tombe malade. Que décider? Notons que la question se résume à celle-ci: le chômeur va-t-il avoir droit aux prestations en nature: soins médicaux et pharmaceutiques? Car il ne peut être question de lui allouer une indemnité journalière, puisqu'il touche déjà une indemnité de chômage. Nous répondons sans hésiter par l'affirmative. Le chômeur ne peut se voir refuser les soins que réclame son état de santé.

Il nous semble tout simplement humain de supprimer en cas de chômage la déchéance prévue pour le risque maladie.

La maternité. — Ici encore, pour des raisons d'humanité auxquelles s'ajoute la nécessité d'encourager en France la natalité et de protéger l'enfance, il faut décider que l'assu-

rée en chômage depuis plus de trois mois aura droit aux prestations couvrant le risque maternité, même si elle ne cotise plus aux Assurances Sociales depuis ces trois mois; par conséquent: supprimer la déchéance en cas de chômage pour le risque maternité.

Les sursalaires. — Pour eux, la question se pose sous un jour différent. Il nous paraît tout naturel de supprimer les versements spéciaux, dont nous avons parlé plus haut, en cas de chômage, et de décider que le chômeur ayant 3 ou plus de 3 enfants à charge aura droit à une augmentation fixe de son allocation journalière dans les conditions suivantes:

3 enfants à charge,	augmentation:	1 franc.
4	—	2 francs.
5	—	3 francs.
6	—	4 francs.

Les risques vieillesse et décès ne vont pas donner lieu à de sérieuses difficultés. En effet, aucune déchéance dans la loi actuelle n'est prévue pour ces risques; mais seulement, en cas de cotisations interrompues des diminutions proportionnelles de la pension versée à 60 ans à l'assuré ou du capital attribué à son décès à ses ayants droits.

Nous savons que nous avons remplacé les pensions et capitaux calculés au prorata des versements des assurés par des sommes forfaitaires identiques pour tous. Allons-nous décider ici que pour une année de chômage, c'est-à-dire une année de non versement, la réduction de la pension ou du capital sera de X francs pour 2 années, elle sera de Y francs pour 3 années et de Z francs, etc., etc.? Non.

Outre que nous ne verrions pas sans une certaine peine compliquer ce système dont le mérite réside surtout dans la simplicité, nous estimons que le travailleur, qui a été frappé par le chômage, ne doit pas être encore accablé par ailleurs

d'une réduction de pension. A 60 ans, tout comme ceux qui ont eu la chance de pouvoir travailler sans interruption, il aura droit à la pension établie sans retenue.

En effet, à examiner les faits objectivement, on voit que ce sont les ouvriers qui seront le plus frappés par le chômage.

Ce sont eux aussi qui auront le plus cotisé aux Assurances Sociales en vue de couvrir le risque vieillesse, puisqu'ils auront commencé dès l'âge de 14 ou 15 ans. Aussi, avant d'atteindre l'âge de 60 ans, même s'ils ont subi, réparties sur tout le cours de leur carrière, 5 années de chômage, ils auront toutefois effectué un nombre de versements annuels respectable, puisqu'il sera de l'ordre de $60 - (14 + 5) = 41$.

Ajoutons que les salariés autres que les ouvriers (employés de bureau, de commerce, etc., etc.) qui ne commencent guère à travailler qu'à 17 ou même 18 ans, n'auront pas même s'ils n'ont pas chômé, totalisé un nombre de versements annuels supérieur.

A la vérité, c'est le dernier risque qu'il nous reste à examiner, le risque invalidité, qui devrait donner lieu aux difficultés les plus considérables. En effet, l'article 11 de la loi d'Assurances Sociales déclare que pour invoquer le bénéfice de l'Assurance-invalidité, l'assuré doit posséder à son compte les versements correspondants au moins à 480 cotisations journalières durant les deux ans précédant le début de l'affection ou de l'accident.

Mais là encore, examinant la question du seul point de vue humain, et compte tenu, comme nous le montrons ci-après, de la faible charge supplémentaire qu'il s'ensuivra pour les Assurances Sociales, nous sommes conduits à décider qu'il faut supprimer la déchéance en cas de chômage pour le risque invalidité. En effet, l'invalidité cessera, dès l'instant où il tou-

chera une pension d'invalidité, de recevoir les indemnités journalières de chômage. Or, il n'aura intérêt à demander cette pension que si son incapacité est supérieure à 25%. En effet, ses indemnités de chômage lui rapportent annuellement $15 \times 120 = 1.800$ francs, alors qu'une incapacité de travail de 25 % ne lui donne droit, suivant les chiffres que nous avons donnés, qu'à une pension de $\frac{7.000 \times 25}{100} = 1.750$ francs.

Donc, l'Assurance-invalidité ne sera appelée à jouer pour les chômeurs qu'assez rarement, lorsqu'elle entraînera une incapacité de travail supérieure à 25 %, du moins dans la majorité des hypothèses.

Enfin, le projet Chauveau décide, et il semble avec juste raison, dans son article 22, que pour bénéficier de l'Assurance-chômage, l'assuré devra compter une année d'application et remplir les mêmes conditions de cotisations que pour l'Assurance-maladie.

De même, l'article 22, § 3, du même projet déclare : « Le commencement d'une période de chômage d'un assuré est déterminé par une double déclaration faite par l'intéressé et par son employeur, adressée à l'Office Public de Placement compétent et par l'inscription à l'expiration du délai de 12 jours ouvrables du nom du chômeur sur les registres de l'Office. » Ce qui est une mesure très opportune.

Quant aux articles 86 à 90 du R. A. P. sur les contrôles en matière de chômage, il faut évidemment eux aussi les conserver; ainsi d'ailleurs que les articles suivants: 91, 92 et 93, mais ces derniers toutefois organiseront le paiement des allocations de chômage et non plus celui de la double contribution prévue à l'article 2 de la loi.

Peut-être cependant sera-t-il bon de compléter la loi et le

R. A. P. sur certains points et notamment sur celui concernant la détermination du chômage couvert par l'Assurance.

L'article 21 de la loi dit seulement : « Tout assuré obligatoire se trouvant en état de chômage involontaire par manque de travail... » Encore devrait-il spécifier que le chômage doit-être immérité, indépendant de l'état physique, moral ou intellectuel du travailleur. De plus, l'expression « chômage involontaire » est assez vague et ne résout pas la question du renvoi de l'ouvrier pour faute.

Dans ce cas, il appartient aux tribunaux de décider si l'employé est ou non en chômage involontaire. Cependant, il est très facile d'éviter en partie les conflits et les contrariétés de décisions judiciaires, en spécifiant dans la loi qu'en cas de renvoi de l'employé, deux hypothèses sont à envisager.

a) Le renvoi est imputable à une faute volontaire ou à une faute lourde ; l'assuré, alors, n'aura droit à aucune allocation de chômage.

b) Le renvoi est imputable à une faute légère de l'employé (exemple : erreur, étourderie, inattention). Dans ce cas, bien que cette faute ait pu causer un très grand préjudice à l'employeur ; ce qui justifie de sa part le renvoi du fauteur, il semble (*errare humanum est*) qu'il serait vraiment trop rigoureux de priver également dans ce cas l'employé de toute allocation de chômage. Aussi, nous préconisons dans cette dernière hypothèse de le faire bénéficier de l'Assurance-chômage.

La loi et le projet Chauveau sont restés muets sur la question du chômage partiel, c'est-à-dire sur la situation de l'individu qui ne trouve à s'employer que quelques heures par jour et touche en conséquence un salaire insuffisant pour le faire vivre ainsi que les siens.

La question est assez délicate, et la solution que nous proposons n'est guère bonne en ce sens qu'elle encourage celui qui ne travaille que quelques heures par jour à cesser tout travail pour se faire inscrire au chômage.

Il n'est cependant pas possible de donner une allocation journalière de chômage à un individu qui gagne déjà 15 francs par jour. Aussi, décidons-nous d'adopter les solutions suivantes. Dès l'instant où un assuré touche un salaire quotidien de francs 15, s'il est veuf ou célibataire, de francs 7,50, si son conjoint travaille, de francs 10, si son conjoint est inscrit au chômage, il n'a droit à aucune allocation de chômage. Notons toutefois que les possibilités de fraudes ne sont pas si grandes, puisqu'un individu qui, occupé à un travail de quelques heures, le cesserait de son plein gré, ou se ferait renvoyé, ne pourrait toucher d'allocations de chômage.

Dans les hypothèses où le salarié touche des sommes inférieures à celles précitées, il aura droit à des allocations variables complémentaires destinées seulement à lui assurer les sommes fixées.

La complication résultant d'un tel système sera peu importante, le chômage partiel étant lui-même peu important et les gains de quelques heures étant le plus souvent supérieurs à 7,50 et 10 francs.

Une question également qui ne laisse pas que d'être délicate et qui n'est jamais tranchée ni par la loi, ni par le R. A. P., ni par le projet Chauveau, est celle du « chômage par dignité ».

Evidemment, le projet Chauveau disait dans son article 24, § 4 : « Les chômeurs sont tenus de prendre part aux travaux momentanés de secours, qui seraient organisés par les départements ou les communes, si leur état physique et

leurs aptitudes professionnelles ne s'y opposent pas. » Et la loi :

Article 87. — « Ne peuvent être inscrits ou maintenus sur les listes prévues à l'article précédent :

§ 4: « Ceux qui, sans motif valable, refusent de participer aux travaux de secours organisés par les administrations et les établissements publics, pour occuper les chômeurs. »

Mais ces textes ne nous font pas savoir si un individu qui exerce un métier d'une grande délicatesse et où une extrême précision est requise, par exemple : la joaillerie, et qui est dans l'impossibilité absolue de trouver un emploi dans sa spécialité ou dans les métiers similaires, doit être considéré comme chômeur alors qu'il lui serait possible de trouver à s'employer à des travaux de terrassement, par exemple.

Il semble qu'il faille admettre le chômage par dignité. Tout le problème se ramène à une question d'appréciation.

Il faut du reste rapprocher l'hypothèse précédente de celle où un travail extraprofessionnel, ne sortant pas toutefois de la compétence de l'assuré serait procuré au chômeur par un office de placement ; il importe que ce dernier n'oblige pas le salarié à se lier par contrat de travail pour une durée excessive.

A la vérité, toutes ces questions présentent plus d'intérêt pour la lutte contre le chômage à laquelle elles sont liées, que pour l'organisation elle-même de l'Assurance-chômage. Mais nous pensons que dès l'instant où l'Assurance-chômage est admise dans le cadre d'une loi d'Assurances Sociales, la question se trouve résolue par là même et seuls les offices de placement auront à tenir compte des professions des individus pour déterminer les travaux qu'ils seront tenus d'accepter, les métiers qu'ils pourront être obligés d'exercer. Et il ne

peut être question de donner l'Assurance-chômage sur une vaste échelle aux syndicats professionnels.

Lorsque nous étudierons l'équilibre financier de l'ensemble du système que nous proposons, nous aurons à examiner en détail les diverses ressources des Assurances Sociales. Mais, d'ores et déjà, nous devons dire quelques mots des cotisations patronales et ouvrières, dont nous n'avons pas encore déterminé les taux.

Nous savons que désormais les charges afférentes aux accidents du travail et aux familles nombreuses sont passées, dans notre étude, à l'Assurance Sociale; ceci, non dans le but d'alléger les dépenses sociales de l'employeur, mais pour d'autres raisons qui ont été exposées en leur temps.

Aussi, pouvons-nous relever les taux des cotisations patronales et ouvrières aux tarifs de la loi du 5 avril 1928, c'est-à-dire 5 % pour l'employeur et 5 % pour l'ouvrier, en soulignant qu'une fois ces 5 % versés, le chef d'entreprise n'aura plus à satisfaire à aucune autre charge sociale quelle qu'elle fut, et que, en réalité, le relèvement de sa cotisation n'aura été que nominal.

Peut-être trouvera-t-on qu'une charge de 10 % sur les salaires est trop lourde, surtout à l'heure actuelle; cependant, il importe de faire remarquer que nous n'avons pas aggravé réellement les obligations sociales des chefs d'entreprises industrielles et commerciales, mais seulement celles des agriculteurs.

Si c'est une augmentation du coût de la vie que l'on craint, qu'il nous suffise de dire qu'il résulte d'une enquête menée à Lyon, en 1924, que pour les différentes catégories d'industries, la charge des Assurances Sociales (à cette époque

fixée à 10 % des salaires) se serait traduite par une augmentation de 3 % du prix de vente.

Avec une cotisation patronale atteignant 5 % — c'est elle seule, en effet, qui constitue une charge nouvelle grevant les prix de revient — il ne semble pas que les prix de vente subissent une augmentation supérieure à 2 ½ %, puisque par ailleurs les employeurs n'auront plus à couvrir leurs employés contre les risques d'accidents du travail, ni à cotiser aux caisses de compensation.

A la vérité, une augmentation du prix de vente de 2 ½ % ne peut guère avoir d'influence sur le coût de la vie.

Enfin, si l'on a peur que les Assurances Sociales soient pour nos exportateurs un « handicap » insurmontable, il suffit de rappeler que les Assurances Sociales existent dans la presque totalité des pays, et que le montant de leurs cotisations y est plus élevé qu'en France.

Pour ne citer qu'un seul exemple, celui de l'Allemagne en 1924 (et les charges y ont encore augmenté) les cotisations étaient les suivantes :

Part de l'ouvrier	7,2 % du salaire.
Part du patron	6,7 % du salaire.
Soit	13,9 % du salaire.

Pour l'employé de commerce. — Taux : 11,85 % du salaire.

A Cologne et à Dusseldorf, il atteignait 15,6 %. Aux usines de Krupp, il était de 14,6 %.

Pour 1924, dans la métallurgie, le total des cotisations aux Assurances Sociales représentait un pourcentage variant entre 9 et 19,18 % du salaire, ce qui donne une moyenne pondérée de 13 % environ. Dans les mines, la charge des Assurances Sociales était encore plus élevée. Elle atteignait un peu plus du quart des salaires répartis ainsi :

Ouvriers : 11,66 %. Patrons : 13,4 %.

SECTION III

DES PRESTATIONS EN NATURE ET DES RISQUES QU'ELLES COUVRENT

Chapitre Premier

Insuffisance du système actuel

Après l'étude des prestations en espèces, nous allons maintenant entreprendre celle des prestations en nature auxquelles ont droit les malades, les femmes en état de grossesse et celles qui ont été accouchées dans les 6 mois.

Bien qu'à cette étude nous n'allons pas consacrer de longs développements, nous la considérons cependant comme essentielle.

Avant tout, en effet, la loi d'Assurances Sociales doit être une loi d'hygiène sociale. Au XX^e siècle, cela n'est pas une utopie. On connaît très suffisamment tous les maux qui ruinent l'humanité, leur étendue, leur intensité, leur répercussion, pour qu'il soit possible à la société d'agir efficacement contre eux, ou à tout le moins de faire tous ses efforts pour leur disputer son « capital humain ». La Société, c'est en l'occurrence le législateur, c'est à lui qu'il appartient de prendre toutes les mesures adéquates.

Or, que trouve-t-on sur ces points capitaux dans notre loi d'Assurances Sociales?

A la vérité, pour être juste, il faut dire que le législateur a accompli une œuvre honorable, mais comme toujours insuffisante. Certes, des soins ont été prévus pour les malades et

les femmes en état de grossesse et jeunes mamans, mais nous verrons comment, dans la pratique, ces soins sont accordés. Certes, la loi a prévu dans le § 4 de son article 33 que les caisses d'assurances pourraient également employer leur solde à créer ou développer des œuvres de maternité et d'enfance, des hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, dispensaires, etc., mais il n'en reste pas moins que cette mesure demeure timide, puisque seuls les soldes des caisses sont ainsi employés, et que d'autre part, il n'est fait aucune place, même dans le futur, à la médecine collective et à la médecine préventive.

Toutefois, cela ne veut pas dire que depuis 1930 rien n'ait été fait de ce côté. Non, il s'en faut ; les caisses et plus particulièrement les unions de caisses pour la réassurance qui se sont formées, ayant, d'une part, bénéficié d'une assez large autonomie et se trouvant, d'autre part, à la tête d'assez larges excédents, ont entre elles tenu dans toute la France des conférences pour finalement adopter une politique très nette en vue de réaliser l'armement sanitaire du pays. Elles ont le légitime et hautement louable désir que, comme l'a écrit le jeune et éminent directeur de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la région Parisienne, M. Grimald, « la loi d'Assurances Sociales ne soit pas seulement une loi d'indemnisation et de remboursement, mais une loi véritable de sauvegarde de la santé, c'est-à-dire de la prévention rationnelle de la maladie. » C'est ainsi qu'elles ont déjà conçu un plan d'équipement sanitaire afin d'éviter un manque de coordination néfaste entre les diverses créations des caisses dans ce domaine. C'est ainsi également que pour parer au plus pressé, elles ont déjà créé des établissements sanitaires et subventionné ceux existants.

Mais revenons à l'examen de notre loi.

Ce qu'a voulu le législateur est nettement indiqué dans

l'article 4, § 1, qui déclare « l'Assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de seize ans et les Pupilles de la Nation remplissant les mêmes conditions dont l'assuré est tuteur. »

Seulement, dans le § 4 du même article, il nous est dit que la part contributive garantie par les Caisses dans le prix de l'acte médical est établie par les caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région, et enfin dans le § 5 du même article que la participation de l'assuré au tarif de responsabilité établi par les conventions est fixée à 15 % pour les deux premières catégories d'assurés et à 20 % pour les trois autres.

Il semblerait ainsi que l'assuré dont l'état nécessite des soins dût participer au minimum à 20 % des frais afférents. Or, il s'en faut qu'il en soit ainsi dans la pratique.

A Paris, par exemple, le prix moyen d'une consultation médicale chez un médecin de quartier est francs 20.

Les caisses ont fixé leur tarif de responsabilité à francs 12. Elles remboursent donc francs 12, moins le ticket modérateur (20 %), soit $12 - 2,40 = 9,60$. En conséquence, l'assuré qui a déboursé francs 20, se verra donc rembourser 9,60 seulement. Il participera donc aux frais de médecine dans une proportion supérieure à 50 %, et disons également aux frais de pharmacie dans une proportion toujours supérieure à 15 %. Car il sera rare qu'une spécialité coûteuse, non remboursée par les Assurances Sociales, ne lui soit ordonnée.

Si nous ajoutons que notre loi fixe le délai de carence

à 6 jours, c'est-à-dire que dans l'hypothèse où le malade devra garder le lit et ne pourra travailler, il ne touchera une indemnité journalière qu'à partir du sixième jour suivant le début de sa maladie, si nous considérons enfin que dans la majorité des cas, c'est l'assuré qui devra faire l'avance des frais, nous sommes en droit de nous demander si le but de la loi : permettre aux assurés de se soigner sans être obligés de reculer devant la dépense, a bien été atteint.

Le délai de carence de six jours, la participation réelle de 50 % aux frais de médecine et de 15 % aux frais de pharmacie, constituent manifestement une charge trop lourde pour la majorité des assurés. Il est à craindre alors que dans ces conditions, certains travailleurs : les ouvriers, les petits employés se refusent les soins et le repos qui leur sont nécessaires afin d'éviter les lourdes dépenses qu'ils entraînent et surtout la privation de leur salaire pour eux et leur famille.

Notons que ces inconvénients se trouvent décuplés lorsqu'il s'agit pour l'assuré, non plus de recevoir quelques soins, mais de subir une intervention chirurgicale.

Prenons l'exemple d'une intervention courante : l'ablation de l'appendice. Cette opération coûte, à Paris, environ francs 5.000. Or, les caisses la remboursent sur la base de $K = 15$ avec coefficient égal à $K 60$, soit $15 \times 60 = 900$ francs, moins le ticket modérateur (20 %), soit 180 francs. Elles versent donc à l'assuré 720 francs pour une dépense de 5.000 francs. Ajoutons que les frais de cliniques, de maisons de cure seront toujours 4 à 5 fois supérieurs à ceux des tarifs de responsabilités des caisses.

Alors, à quoi bon inscrire fièrement dans la loi : « l'assuré choisit librement son praticien ? »

Le choix est en effet théoriquement absolument libre puisque le Sénat, malgré le désir de la Chambre, a fait dispa-

raître les listes de médecins établies en accord entre les caisses et les syndicats de médecins, qui pouvaient, remarquons-le, comprendre des médecins non syndiqués et sur lesquelles l'assuré devait choisir celui qui lui donnerait ses soins.

En effet, étant donné les tarifs actuels des caisses et ceux des médecins et chirurgiens, n'apparaît-il pas évident que l'assuré n'a rigoureusement aucun choix, si ce n'est celui de l'hôpital où il devra se faire soigner ou opérer, dès qu'il lui sera nécessaire de subir une intervention chirurgicale ou de s'aliter.

Or, il faut bien le dire, nos hôpitaux sont actuellement pour la plupart très mal organisés. Et ce n'est certainement pas sans crainte que les assurés doivent recourir à leurs services.

Et, par ailleurs, notre loi fait une place beaucoup trop grande à la médecine étriquée et compartimentée de quartier.

Nous venons de voir que le Sénat a refusé les listes de médecins, et cependant elles eussent été une sauvegarde précieuse pour les Assurances Sociales. En effet, n'aurait figuré sur ces listes que des médecins connus, respectables, et qui eussent accepté et respecté les conditions fixées par les caisses.

Mais permettre à l'assuré de se confier à n'importe quel médecin, c'est autoriser tous les abus.

D'abord, il est malheureusement trop évident que nombre de médecins de quartier sont incompetents et n'ont qu'un seul souci, leur propre intérêt, et non celui de leurs malades.

Ils cherchent par tous les moyens possibles à se procurer des ressources. N'a-t-on pas vu à Paris des médecins qui, le plus sérieusement du monde, dans la solitude de leur cabinet, appliquaient des lunettes protectrices aux yeux des enfants pour les faire baigner ensuite dans les rayons bien-

faisants d'une lampe... teintée de bleu, sous les yeux émerveillés et reconnaissants d'une mère qu'ils avaient convaincue des bienfaits des rayons ultra-violets ?

Inutile d'ajouter que les séances efficaces se répétaient régulièrement.

Les Caisses d'Assurances n'ont-elles pas eu bien souvent l'occasion de faire poursuivre des dentistes qui, à quelques années d'intervalle, avaient arraché deux fois les mêmes dents de leurs clients ou parfois plus de 40 dents dans la même bouche ? N'ont-elles pas dû également mettre un arrêt aux exploits de ce médecin trop zélé, qui, ardent précurseur, traitait toutes les maladies par l'électricité parce que précisément les soins électriques sont les mieux remboursés par les tarifs de responsabilité des Caisses, et qu'en excitant de cet état de choses, il pouvait plus aisément rançonner ses clients ?

Enfin, ne voit-on pas continuellement en banlieue des médecins roumains le plus souvent (Paris est en effet entouré d'une véritable ceinture roumaine de médecins) auxquels les malades doivent cacher leur qualité d'assurés s'ils ne veulent pas que leur soit appliqué le tarif fort ? Le raisonnement suivant leur est tenu :

« Ah ! vous êtes assuré social ; eh ! bien, je vais vous prendre francs 25, mais vous marquer deux consultations. Ainsi, on vous remboursera francs 20 et vous n'aurez que francs 5 à déboursier. »

Chacun y trouve son compte évidemment, sauf les caisses d'Assurances Sociales qui auront à rembourser le prix de deux visites au lieu d'une.

Ces exemples évidemment ne sont pas là pour porter le discrédit au sein du corps médical. Mais il est trop certain qu'avec les assurances, en général, et plus particulièrement avec les Assurances Sociales, ce fut comme une génération

spontanée de médecins marrons. Les abus existent ; il faut les signaler. Il faut surtout les faire disparaître.

Nous voyons qu'en résumé notre loi d'Assurances Sociales est insuffisante quant à son organisation du risque maladie.

Elle conduit à des abus criants, elle est très onéreuse pour les caisses et pour les assurés et enfin et surtout elle manque son but, car elle ne protège pas efficacement les assurés contre les maladies.

Or, il importe d'arriver à ce résultat, que les assurés, lorsqu'ils seront malades, n'hésitent pas à se faire soigner par crainte de frais trop lourds, et qu'ils puissent en cas de longues maladies ou d'opérations chirurgicales être hospitalisés dans des établissements modernes et bien organisés et ne dépendant que des caisses.

Nous allons reprendre ces deux points.

Peu nous importe que toutes les traditions du corps médical soient bouleversées par les Assurances Sociales. Le corps médical qui se pique de néophilie a précisément là une occasion de montrer qu'il en est vraiment ainsi.

Il est invraisemblable de constater que ce sont les caisses qui doivent faire la leçon aux médecins et leur rappeler leurs devoirs envers les assurés. Le corps médical, cependant, n'ignore pas que sa collaboration loyale et confiante est indispensable aux Assurances Sociales. Il sait en outre — ou doit savoir — que l'ère de la lutte est pour lui terminée. Les Assurances Sociales sont en marche, et rien ne les arrêtera ; force lui est donc de s'adapter aux formes nouvelles de notre Société considérée du point de vue médical, avec l'aide ou la contrainte du législateur.

Il semble bien que le premier effort du législateur dût porter sur un point dont il est fort souvent question et que

cependant l'on rejette toujours dans l'ombre, peut-être parce que nos législateurs sont en grande partie des médecins, celui de l'institution d'un « ordre des médecins », semblable à celui des avocats. L'inscription à cet ordre serait obligatoire pour exercer la médecine. Et l'on pense que les brébis galeuses pourraient en être chassées impitoyablement par suite d'une discipline et de règlements sévères et d'une surveillance adéquate.

Si une première épuration du corps médical pouvait en résulter, ce serait déjà un résultat très appréciable. Mais, malgré tous les efforts qui pourront être faits dans ce sens, il semble que l'application de la médecine individuelle ne donnera jamais de bons résultats dans le domaine des Assurances Sociales.

Ne suffit-il pas pour s'en convaincre de rapprocher ces deux expressions médecine individuelle et Assurances Sociales? A notre avis, il faut faire une place sans cesse grandissante à la médecine collective. Médecine collective que justifient d'abord les abus de la médecine individuelle et son prix élevé, et que justifient ensuite les nécessités de la médecine moderne. Car, il faut bien le dire, la médecine de quartier est impuissante pour soigner efficacement. Bien des députés, et notamment le Docteur Grinda, ont montré la nécessité d'une médecine collective. Citons notamment : « La visite, l'opération ne constituent plus toute la médecine. La plupart des opérations ne peuvent être entreprises sans être précédées d'analyses, de réactions diverses, d'inoculations, sans examen histologique, bactériologique, radioscopique. Toutes ces interventions nécessitent la mise en œuvre d'un outillage ou de produits extrêmement coûteux, le radium par exemple, qui ne peuvent être la propriété du praticien. »

Et cependant, on a émis des doutes sur la possibilité d'une

telle médecine en France et l'on n'a pas manqué de faire ressortir l'individualisme du Français, son indépendance et sa répugnance à se soumettre à tout ce qui est préalablement organisé, hiérarchisé. Tout cela n'est pas sérieux; et si de grands pays comme l'Allemagne et l'Angleterre ont adopté rapidement une telle médecine, il n'est pas douteux que notre pays verra bientôt une évolution semblable à celle de ses voisins. Le plus gros obstacle réside bien plutôt dans l'insuffisance de nos établissements sanitaires les plus indispensables. Et il est évident que la création de ces établissements est une œuvre de longue haleine et qu'en attendant sa réalisation complète, un régime transitoire doit fonctionner. Lequel? La meilleure solution, et peut-être ausis la seule, est de continuer le régime existant après l'avoir amélioré sur certains points.

Et ce que nous visons surtout, c'est permettre au malade peu fortuné de se soigner et de se reposer, c'est annihiler chez lui les soucis d'argent, lorsque sa santé ou celle des siens est menacée.

Pour atteindre ce but, plusieurs réformes peuvent être apportées à notre loi. Mais ne tendant qu'à l'amélioration de la loi, elles n'ont donc pas le caractère organique des précédentes. Ce ne sont que des réformes de détail touchant les questions suivantes : délais de carence, ticket modérateur, tarifs de responsabilité des caisses, tiers payant, listes de médecins, etc... et nous en renvoyons l'étude à notre Titre III.

Chapitre II

La médecine collective

Nous allons maintenant consacrer quelques développements à l'organisation d'une médecine collective à la fois préventive et curative sur une grande échelle.

Il est inutile d'insister à nouveau sur les bienfaits de la médecine préventive, qui ont été mis en évidence par des hommes fort compétents. Nous nous bornerons à ajouter que, du point de vue social, elle est à coup sûr plus intéressante que la médecine curative. Il est trop évident que dans tous les domaines, et surtout dans le domaine social, où les risques de contagion sont très grands, mieux vaut prévenir que d'avoir à guérir.

Or, on peut dire qu'en France, jusqu'en 1930, rien ou presque n'a été fait dans ce sens. La France est restée très en retard sur tous les grands pays. C'est probablement pour cela qu'elle souffre actuellement d'une crise de dépopulation et que, par ailleurs, elle accuse un taux de mortalité très élevé.

C'est donc le pays où la lutte devrait être entreprise avec le plus de vigueur, notamment contre les maladies qui ruinent l'enfance et contre la tuberculose.

Chacun sait, en effet, comme le dit le Docteur Godard, que la précarité de l'état démographique en France réside moins dans le faible taux des naissances, que dans le taux élevé de la mortalité infantile et de l'adulte jeune. Et enfin, une seule affection à partir de la cinquième année jusqu'au seuil de la vieillesse est responsable de près de la moitié des décès : c'est la tuberculose.

Actuellement, les Caisses et les Unions des Caisses ont des bonis assez importants qu'elles désirent utiliser à la création d'établissements sanitaires de toutes sortes et plus particulièrement de centres de médecine préventive. Les Unions de Caisses ont au cours de conférences établi un plan d'équipement sanitaire du pays.

Ce plan fut, à la suite de difficultés, amélioré et simplifié. Que vaut-il ? Il ne nous appartient pas de l'apprécier, mais

il rencontra une vive opposition au Ministère des Finances et ne fut pas soumis au Parlement. La conséquence très claire qu'en tire M. Grimald est que les Unions, lasses d'attendre, ne vont pas essayer vainement de forcer à agir les Pouvoirs Publics, mais vont agir d'elles-mêmes, car elles sont très conscientes de la nécessité d'une action immédiate.

Mais les bonis des Caisses et des Unions ont actuellement une importance assez considérable et un danger évident se fait menaçant, c'est que chaque caisse les utilise à son gré, sans plan d'ensemble, et qu'en définitive le tout soit gaspillé sans profit pour la Société.

Donc, il importerait de s'entendre au plus tôt, soit sur un plan d'ensemble, soit sur une réorganisation des Assurances Sociales sur ce point.

L'Union des Caisses de la Région Parisienne a déjà accompli une œuvre considérable et ne ménage pas ses subventions à des œuvres sanitaires sociales de toutes sortes. Toutes les Unions font de même. Mais ces efforts pour louables qu'ils soient demeurent dispersés, insuffisants et surtout n'ont pas une base suffisamment solide, puisqu'ils reposent entièrement sur des bonis.

Nous aimerions que puisse être rapidement réalisé en France ce qui existe en Allemagne et en Angleterre : l'organisation d'une médecine sociale sur une vaste échelle, entraînant pour les assurés la suppression de la médecine individuelle et couronnée, comme le préconise le Docteur Grinda, par la création d'un carnet individuel de santé.

Dès maintenant, il faudrait en créer l'essentiel. Pour ce faire, est-il besoin de plans si compliqués ? Non, certainement ; il s'agit de mettre rapidement sur pied des centres de consultations et de vastes établissements modernes d'hospitalisation, qui ne seraient fréquentés que par des assurés et

non plus par des assistés. Mais on conçoit aisément que ces établissements devront être nombreux. Pour éviter le gaspillage, l'éparpillement, l'insuffisance ou l'excès, à qui appartiendra-t-il d'en ordonner et d'en surveiller la construction ?

Ici, force nous est d'anticiper un peu sur la Section suivante, celle des caisses, car il nous semble opportun de donner dans chaque département la création des centres sanitaires à une direction unique : la caisse départementale ; et notre anticipation consiste à dire que précisément il n'y aura plus dans chaque département qu'une caisse unique d'Assurance Sociales : la caisse départementale, caisse officielle, dont tous les services seront assurés par des fonctionnaires d'Etat spécialisés.

C'est à cette caisse qu'il appartiendra dans chaque département d'assurer la construction des hôpitaux, non sur ses bonis (les bonis qui existent actuellement serviraient pour amorcer cette construction), mais au moyen de prélèvements obligatoires.

Mais là encore — et nous nous en excusons — il nous faut anticiper afin d'expliquer sur quelles sommes se feront ces prélèvements obligatoires. En effet, nous préconiserons à partir de 1960, la suppression de la capitalisation. Chaque caisse départementale sera donc en présence chaque année, dès 1961, d'une somme importante, constituée par toutes les cotisations et autres ressources des Assurances Sociales de l'année passée, constituant un véritable budget, qui devra couvrir tous les risques des assurés du département pendant l'année en cours, et sur lequel divers prélèvements seront effectués — dont nous reparlerons plus loin — et l'un d'entre eux, notamment, sera consacré à la construction des centres sanitaires de toutes sortes.

Mais à supposer que ces caisses départementales de grande

envergure soient créées de suite, comme il semble opportun de conserver la capitalisation jusqu'en 1960, comment jusqu'à cette date, ces caisses vont-elles se procurer l'argent nécessaire?

Notons que les bonis des différentes caisses d'un département, réunis en une masse, pourront servir de fonds de premier établissement et ensuite, pourquoi ne pas autoriser ces caisses soit à émettre des emprunts amortissables en 25 ans, soit à opérer quelques prélèvements sur les fonds disponibles qu'elles ont actuellement et qui, au 1^{er} octobre 1934, s'élevaient à 12 milliards, correspondant aux subventions faites actuellement par les Unions de caisses aux différents centres sanitaires et aux sommes qu'elles consacrent à la construction d'immeubles de rapport, afin de leur permettre de poursuivre jusqu'à l'achèvement l'édification d'établissements d'hospitalisation de toutes sortes?

On peut dire, en effet, que ces hôpitaux modernes construits partout sur le territoire français seraient dans une certaine mesure des immeubles de rapport pour les caisses, puisque les frais de maladie et d'hospitalisation ne seraient plus alors remboursés par elles. Elles feraient examiner les malades dans les hôpitaux où, éventuellement, les plus gravement atteints pourraient être hospitalisés; il n'est pas douteux que les individus iraient volontiers pour le diagnostic et les soins dans des établissements sanitaires bien agencés et modernes.

Cependant, tous les assurés seraient tenus à passer une visite trimestrielle. Et toutes les indications d'ordre médical relatives à un même individu seraient mentionnées sur un carnet de santé que chaque assuré se ferait établir lors de sa première visite, qui serait très sérieuse. Ainsi, les diagnostics à venir pourraient être établis rapidement et sûrement.

Évidemment, il ne s'agit là que d'une œuvre à entreprendre et dont la réalisation est éloignée.

Cependant, elle nous paraît souhaitable et nous pensons que les assurés verraient avec plaisir la création de ces centres où ils seraient bien reçus et bien soignés.

A notre avis, l'on pourrait même aller très loin dans cette voie et décider que les visites médicales chez le médecin de quartier ou de village, ou plus généralement toutes celles passées en dehors des hôpitaux, ne seraient pas remboursées par les Assurances Sociales.

En effet, les caisses elles-mêmes se chargeant de soigner leurs malades, il n'y aurait plus ni contrat collectif, ni tarif de responsabilité, mais uniquement remboursement des frais de pharmacie dans la proportion de 85 % lorsque l'ordonnance serait signée d'un médecin particulier, dans leur totalité, lorsqu'elle serait signée de l'hôpital ; dans le premier cas, les fraudes demeurant possibles, dans le deuxième étant, au contraire, impossibles.

Ainsi pourrait être réalisée une œuvre efficace dans l'ordre de la médecine générale préventive et curative.

Mais il faudrait de plus qu'une œuvre semblable fut réalisée dans la médecine spécialisée — grâce à la création d'établissements sanitaires spécialisés, soit par chaque caisse départementale, soit par des unions interdépartementales de ces mêmes caisses, suivant l'importance des maladies à combattre.

Il est évident que c'est avant tout contre la tuberculose que la lutte doit être entreprise. Et cette lutte, nous le savons, durera tant qu'il n'y aura pas de prophylaxie spécifique de cette maladie. Elle pose, dans l'ordre médical, une foule de problèmes dépassant très largement notre modeste compétence, mais dont l'importance est considérable : problèmes de

la médecine curative et préventive de la tuberculose ; problèmes de la lutte contre les taudis, de l'alimentation, du travail à l'usine, aux bureaux, problèmes de la cure, de la post-cure, etc., etc.

Il existe présentement des organismes de toutes sortes officiels et privés qui ont à tâche de lutter contre la tuberculose ; d'autre part, les caisses d'Assurances Sociales ont à cœur de lutter aussi. Mais il résulte très nettement que cette lutte est rendue en partie inefficace par le manque de coordination des efforts de tous les organismes précités.

Nous laisserons évidemment les organismes privés poursuivre leurs efforts de leur côté. Mais les organismes officiels doivent être coordonnés sous la Direction du Ministère de la Santé Publique et les Caisses départementales doivent agir en collaboration étroite avec les dispensaires, les hôpitaux spécialisés existants, etc... et de plus créer au moyen de prélèvements fixes les établissements sanitaires nouveaux indispensables, notamment le sanatorium suburbain pour le placement immédiat et le triage, que préconise le Docteur Godard.

Il est évident que les autres sanatoriums, centres de post-cures, etc..., à établir à la montagne, à la campagne, le seront par des unions de caisses départementales formées pour la circonstance et semblables à celles qui se forment actuellement entre les départements pour les œuvres d'intérêt inter-départemental. Les constructions se feraient à frais communs. Et les malades des différentes caisses ayant participé aux frais y seraient reçus. Egalement, les charges afférentes à l'entretien seraient communes.

Enfin, il est évident que des efforts similaires se traduisant par des constructions adéquates seront faits pour la protection maternelle et infantile.

Plus tard, des Unions plus vastes entre les caisses départementales pourraient créer des établissements plus spécialisés encore, notamment en vue d'entreprendre une lutte antivénérienne. Il serait bon de placer toutes ces Unions sous une direction centrale. Les objectifs sont infinis, ils sont uniquement conditionnés par les ressources financières.

En résumé, nous pensons que, grâce à la création dans chaque département d'une seule caisse départementale autonome ayant son budget propre, on arriverait rapidement à élever dans chaque département les hôpitaux modernes indispensables, des sanatoriums suburbains, des centres d'admission, permettant une lutte efficace contre les maladies courantes et contre la tuberculose ; grâce aux Unions de Caisses, on verrait bientôt s'élever des sanatoriums lointains et des établissements de post-cure très vastes dans les départements au climat le plus favorable. Là, les malades tuberculeux de tous les départements de l'Union trouveraient la possibilité d'achever leur guérison ou de travailler dans les conditions les meilleures pour éviter une rechute. Grâce enfin à une Direction centrale sérieuse et compétente, on pourrait réaliser une étroite collaboration entre tous les dispensaires dont la tâche est surtout préventive, et les hôpitaux existants et à créer, spécialisés ou non, dont la tâche est de guérir.

Ainsi, les Assurances Sociales auraient réalisé l'équipement sanitaire du pays et seraient devenues comme on l'a souhaité « les bastions avancés de la Défense de la Santé Publique ».

SECTION IV

DES CAISSES

Chapitre Premier

La Multiplicité des Caissees Primaires Conséquences

Le titre II de notre loi d'Assurances Sociales traite des Caissees d'Assurances et l'article 26, § 1, nous dit que la gestion des Assurances Sociales est confiée : 1° à des caisses primaires qui fonctionnent, sauf exception, dans le cadre départemental ; 2° à une caisse primaire départementale.

En principe, ces organismes sont constitués et administrés conformément aux prescriptions générales de la loi du 1^{er} avril 1898 sur les Sociétés de Secours Mutuels. Mais, ce qu'il faut retenir, c'est que les caisses sont constituées sans l'exigence d'un minimum d'assurés et qu'en conséquence le législateur a été obligé d'organiser tout un système assez vaste de réassurance fonctionnant au moyen de prélèvements sur le montant des cotisations.

Il s'en faut qu'un accord ait été de suite réalisé sur ces différents points.

D'abord, sur le 1^{er} : celui des caisses primaires.

L'auteur du 1^{er} projet gouvernemental pensait que la mutualité serait un obstacle à l'Assurance Sociale. « Car, disait-il, elle donne des résultats médiocres. »

Certains parlementaires, au contraire, dont M. Antonelli, firent admettre par la Commission de la Chambre que la Mutualité était un admirable foyer de dévouement et qu'on devait l'utiliser loyalement et sans méfiance dans les cadres

du Nouveau Système. Et malgré les difficultés pour intégrer les Mutualités existantes dans le vaste organisme des Assurances Sociales, grâce aux efforts de la Fédération Nationale de la Mutualité, ainsi fut fait. Mais d'autres revendications et partant plusieurs thèses devaient s'affronter.

La Fédération Nationale de la Mutualité lançait celle déclarant que l'organe essentiel, sinon exclusif, de l'Assurance Sociale devait être la Mutualité et cela en s'appuyant toujours sur le même argument classique, et semble-t-il inusable, de la nécessité de donner satisfaction à l'instinct particulariste de la race française, qu'elle renforçait par une autre nécessité, celle de ne pas déranger la France dans certaines de ses habitudes, notamment celles de se soumettre aux méthodes de prévoyance de la Mutualité.

De son côté, la Fédération Nationale des Producteurs Français mettait en avant une thèse patronale dans laquelle elle démontrait le droit des patrons à une large participation à l'administration des Caisses, puisqu'ils contribuent aux ressources des caisses dans une proportion de 50 %. Certains eussent même voulu en excipant de cette considération que les Assurances Sociales devinssent une association de Paix et donc de collaboration, et pour ce faire que les ouvriers d'un même établissement s'assurassent obligatoirement à la Caisse de cet Etablissement.

Enfin, naturellement, pour ne pas demeurer en arrière, les ouvriers firent aussi entendre leur voix pour demander à être largement représentés au sein des Conseils d'Administration des Caisses ; c'était là la thèse du paternalisme ou « de l'assurance aux assurés ».

Nos parlementaires, soucieux de ne contrister personne, pour concilier ces différentes thèses, adoptèrent la seule solution qui convenait à des représentants du Peuple qui dépen-

dent à la fois de tous et de chacun, ils donnèrent satisfaction aux mutualistes, aux patrons et aux ouvriers.

De cette solution énergique, nous verrons bientôt les conséquences. Ils agirent là exactement de la même façon qu'en 1884, lors du vote de la loi sur les syndicats, où hésitants sur les points de savoir s'il y aurait des syndicats patronaux et des syndicats ouvriers ou seulement des syndicats mixtes, si les syndicats seraient obligatoires ou facultatifs, ballotés entre les différentes thèses, ils s'appliquèrent à les satisfaire toutes en permettant tous les syndicats, mais en déclarant « en fera partie qui voudra ! » De même qu'en 1884, le Parlement, en 1928, a manqué d'énergie, de décision.

Envisageons le deuxième point. A la base du régime de formation des caisses, nous trouvons donc la liberté ; mais ne va-t-on pas exiger que chaque caisse remplit certaines conditions, et notamment ait un nombre d'adhérents minimum pour se voir autoriser à fonctionner ?

Le projet primitif du gouvernement et celui voté par la Chambre avaient fait une large application du jeu de la loi des grands nombres dans la gestion financière des Assurances Sociales.

L'organisme essentiel était la caisse régionale. Les caisses mutualistes (Maladie-Maternité) devaient réunir 1.000 adhérents et compter 40 % au plus de membres âgés de 45 à 65 ans. Les Caisses mutualistes d'Assurance-vieillesse-décès devaient réunir un minimum de 10.000 adhérents.

Dans le projet Chauveau, fait en vue de remplacer le projet de la Chambre, les Caisses sont formées librement sous la seule réserve de compter 300 adhérents ou 50.000 francs de cotisations annuelles ou un million de réserves, et d'être agréées par décret.

La Caisse départementale jouait le rôle de caisse de remplacement et de réassurance.

Donc, il est évident que les garanties financières sont demandées non plus seulement au jeu de la loi des grands nombres, mais au principe de la réassurance.

Finalement, nous savons que la Commission d'Hygiène du Sénat admit après une lutte assez vive entre partisans de la réassurance et partisans de la loi des grands nombres, un système ne faisant place qu'à la réassurance avec toutefois cette restriction que seules les caisses départementales et les caisses autorisées pourraient faire l'Assurance-vieillesse et l'Assurance-invalidité.

A quel résultat aboutit finalement notre loi d'Assurances Sociales sur ce point ?

A celui-ci. — C'est que nous avons actuellement une poussière de caisses primaires : caisses mutualistes, syndicales, patronales, professionnelles, mixtes, confessionnelles, ouvrières, agricoles, familiales, etc..., qui ont été fondées par des Sociétés de Secours Mutuels, par des syndicats professionnels patronaux ou ouvriers ou mixtes, par des syndicats agricoles, par des établissements patronaux et enfin par des groupements spontanés d'assurés. A toutes ces Caisses, il faut ajouter les caisses primaires départementales. Ce qui donne un total pour l'année 1934 de 791 caisses primaires de répartition, plus 381 Sociétés de Secours Mutuels qui pratiquent l'assurance agricole, sans compter un nombre extrêmement considérable de petites sociétés locales, dont la gestion est assurée en fait par les Sociétés à circonscription étendue, plus enfin 82 caisses primaires de capitalisation.

Mais ce qui est remarquable — nous insistons sur ce point — c'est la répartition des assurés sociaux entre ces différentes Caisses.

En rangeant, pour simplifier, les caisses sous quatre rubriques, elle se fait ainsi :

214	caisses mutualistes	groupant	21,2 %	des assurés.
359	— patronales	—	11,4 %	—
76	— confessionnelles	—	7,7 %	—
56	— ouvrières	—	3,7 %	—

Soit 705 caisses au total groupant 44 % des assurés.

alors que les 86 caisses primaires départementales groupent à elles seules le restant des assurés sociaux, soit : 56 %.

Une première conclusion s'impose, c'est que les assurés semblent distinguer surtout les caisses officielles au milieu de la multitude des autres caisses, et que, par ailleurs, quelques exceptions mises à part, les caisses non officielles ont un pourcentage d'assurés extrêmement faible.

Une telle situation entraîne une conséquence inévitable qui tombe sous le sens, c'est que la majorité des caisses privées vont être à la merci soit d'une épidémie quelconque qui les fera proprement disparaître, soit plus simplement d'une augmentation même faible des risques qu'elles ont à couvrir : maladie, maternité, décès, dont la conséquence sera de les mettre immédiatement en déficit.

Et c'est ce qui s'est produit. Ainsi, il y a un an, pour 70 caisses privées de la Région Parisienne.

28 caisses étaient déficitaires sur le risque maladie.

15 — — — — maternité.

16 — — — — décès.

et sur 88 caisses de province :

34 caisses étaient déficitaires sur le risque maladie.

15 — — — — maternité.

17 — — — — décès.

D'où la nécessité de faire appel dans de nombreux cas aux Unions de Caisses pour la réassurance.

Ces dernières, jusqu'en 1934, n'avaient guère eu l'occasion de fonctionner pour des raisons qui ont été mises en lumière dans différents rapports de M. Grimald, et qui sont les suivantes : méconnaissance de leurs droits par les assurés et leur négligence les premiers temps à les faire valoir, difficultés de paiement des dossiers au cours de la période d'organisation et de mise au point des caisses, tarifs de responsabilité des caisses très faibles jusqu'en 1933. Enfin et surtout, la perception de trois mois de cotisations en 1930 avant la mise en application de l'Assurance maladie et maternité, et de l'année entière de cotisations avant l'entrée en vigueur de l'Assurance-décès.

Aussi, maintenant que toutes ces raisons n'existent plus, maintenant qu'il est démontré clairement que tant en Province qu'à Paris, la valeur du feuillet trimestriel ventilé a diminué, et qu'au contraire la valeur moyenne des prestations servies annuellement par assuré a augmenté, l'attitude des Unions s'est-elle modifiée. Pour ne citer que quelques exemples :

Valeur moyenne du feuillet trimestriel ventilé, calculée sur 118 caisses primaires de Paris et de Province :

1930-31 : 70,05

1932 : 67,53

1933 : 64,88

1934 : 63,42

Valeur moyenne des prestations servies, calculées dans les mêmes conditions :

1930-31 : 184,52

1932 : 211,68

1933 : 216,50

1934 : 223,98

De tout ce qui précède, M. Grimald tire cette conclusion

que « la situation est grave et appelle les mesures indispensables de réforme de la réassurance ».

A la vérité, les Unions de caisses sont un peu effrayées, peut-être à juste titre, à l'idée de remplir leur véritable rôle, qui est de combler les déficits des caisses, après plusieurs années durant lesquelles aucun souci de cet ordre n'est venu les atteindre.

Et l'on assiste à un jeu amusant qui consiste pour ces Unions à établir des projets de modifications de la réassurance en en faisant porter une lourde part sur la Caisse générale de garantie, et pour l'administration à rejeter systématiquement tous ces projets pour les remplacer par d'autres mettant à peu près totalement à l'abri cette même caisse de garantie, mais grevant singulièrement les Unions pour la réassurance.

Espérons — si le système de la réassurance ne doit pas être abandonné — qu'une entente se fera entre l'Administration, d'une part, et les Unions, d'autre part, sur un projet, répartissant entre elles les charges de réassurance équitablement.

Quoi qu'il en soit, on peut vraiment se demander si la meilleure des réformes de la réassurance n'apportera pas qu'un bien léger palliatif aux inconvénients du système actuel.

Tout le mal ne vient-il pas plutôt de la multiplicité des Caisses, de la réassurance elle-même, et du rejet de l'application de la loi des grands nombres ?

Pour notre part, nous en sommes persuadés, et nous regrettons que pour donner satisfaction à tous les intérêts, on ait abouti à de tels résultats.

Notons qu'aux déficits des Caisses sur les différents risques qu'elles ont à couvrir, s'ajoutent des déficits adminis-

tratifs de gestion, et que la cause en est actuellement imputée à l'insuffisance des remises de gestion attribuées aux Caisses. Et l'on conclut très simplement à la nécessité de les augmenter. Soit.

Mais la cause n'est-elle pas plutôt là encore dans la trop faible importance des Caisses, conséquence de leur trop grand nombre ?

Il n'est pas douteux qu'en définissant le salarié, comme nous l'avons fait, et en décidant que tous les salariés seraient assurés sociaux obligatoires, nous n'aurons plus 10 millions d'assurés comme maintenant, mais 13 millions, peut-être 14, ce qui entraînerait à coup sûr une nouvelle génération de Caisses primaires de répartition, et ne manquerait pas d'aggraver les déficits tant relatifs à la gestion qu'à la couverture des risques.

Appliquer à fond le système du paternalisme, l'assurance aux assurés, et conserver à la base des Assurances Sociales une foule de petites Caisses patronales, agricoles, ouvrières, familiales, confessionnelles, etc..., c'est en vérité une dérision. Par ailleurs, donner, comme certains le préconisent, la totalité des Assurances Sociales avec 13 millions d'Assurés sociaux à la Mutualité nous apparaît comme une pure folie.

Cette dernière affirmation peut sembler irréfléchie et partisane. — Non. — Mais que trouve-t-on à la base pour justifier le rôle très grand que la Mutualité veut jouer dans les Assurances Sociales ?

La Mutualité existe depuis 1898, c'est-à-dire depuis près de 40 ans, a-t-elle en ces quarante années accompli une œuvre marquante ? A-t-elle réussi à attirer à elle tous ceux qui auraient eu besoin de ses secours ? A-t-elle réussi à leur inspirer confiance, à les protéger, à diminuer leurs misères ?

A-t-elle combattu victorieusement certaines plaies sociales ? Non, non.

L'initiative privée sous la forme de la Mutualité a abouti à une œuvre sans rapport commun avec celle qu'il était nécessaire d'entreprendre. Elle n'a rien soulagé, rien entrepris.

En quatre années d'existence, les Assurances Sociales ont fait davantage sentir leur action bienfaisante, qu'elle en quarante années, et c'est pourquoi rien ne justifie leur place dans les Assurances Sociales. C'est ce qu'avait fort bien compris la Commission technique chargée de la rédaction du projet gouvernemental. Seulement, si la Mutualité n'a pas réussi dans son action sociale, elle n'en possède pas moins une influence considérable dans le domaine politique. C'est là surtout qu'elle a réussi à développer son action et son influence, et c'est ainsi que la Chambre a été obligée de compter avec elle.

Pour justifier le rôle qui fut donné dans les Assurances Sociales à la Mutualité, on ne trouve que des arguments de sensiblerie.

La Mutualité constitue un foyer de dévouement, admirable à tous égards, c'est une des meilleures manifestations de l'altruisme, etc, etc. Affirmations donc plutôt qu'arguments, qui ne reposent sur aucun fait bien précis, et qui n'ont pas grande valeur puisque les faits ne les couronnent pas, nous pourrions même écrire les démentent. En effet, dès 1908, M. Weber ne craignait pas d'écrire : « Combien pourtant serait grande l'erreur commise en imaginant que par la seule vertu d'un mot (mutualisme) l'intérêt personnel, l'égoïsme de l'individu si généralement constatés en toutes choses ont soudain disparu de l'esprit des hommes par le seul fait de leur aggrégation à des groupements dénommés mutualistes. »

Comme il a raison et comme les événements ont con-

firmé ses prédictions : « Notons que l'Etat qui n'aime pas avoir à composer avec des Sociétés philanthropiques très considérables, a vu ici ses espoirs dépassés par le jeu des vanités et des ambitions personnelles. La création d'une Société (de secours mutuels) est rarement causée par l'unique souci de faire une œuvre philanthropique, mais bien plutôt par le désir de se voir attribuer les titres de Président, Secrétaire, etc... approcher les Pouvoirs Publics, se voir attribuer des distinctions honorifiques. »

Aussi, actuellement, malgré les efforts de la Fédération Nationale de la Mutualité qui, en 1931, a réuni ce qu'elle a pompeusement appelé les Etats Généraux de la Mutualité, dans le but de réclamer la Mutualisation des Assurances Sociales, malgré les efforts des Sociétés locales de Secours Mutuels, qui se sont efforcées d'adapter leurs statuts et leurs règlements aux nouvelles conditions d'existence qui leur étaient faites (elles ont ainsi notamment trois sortes de mutualistes : mutualistes assurés agricoles, mutualistes non assurés sociaux, mutualistes assurés sociaux), il semble bien qu'il y ait de la part du gouvernement des efforts en vue de subordonner le plus possible les caisses mutualistes d'Assurances Sociales à la Caisse des Dépôts et Consignations, et de les combattre sur les points où elles demeurent encore libres.

C'est là un penchant certain que d'aucuns ont déjà signalé. Nous pensons, pour notre part, qu'il faut s'en réjouir, car vraisemblablement le remède à tous les inconvénients, que nous avons signalés : déficits de gestion, déficits sur les risques à couvrir, complications dues à la réassurance, aux réserves multiples, possibilités de faillites pour les Caisses peu importantes, insuffisance de l'œuvre accomplie, notamment dans l'ordre de l'hygiène sociale, par suite de la dispersion des efforts, etc..., réside dans la suppression de toutes les

Caisses primaires, y compris celles de la mutualité, tant celles de répartition que celles de capitalisation, à l'exception des Caisses primaires départementales, dont l'importance, évidemment, serait singulièrement accrue.

Notons de suite que la perturbation apportée dans les Assurances Sociales ne serait pas si grande qu'on peut le supposer à priori, puisque, nous l'avons dit, 56 % des assurés sociaux sont affiliés aux Caisses primaires départementales.

Toutes les caisses qui avaient été créées spécialement en vue des Assurances Sociales devraient évidemment disparaître. Les Caisses Mutualistes perdraient leurs assurés sociaux, elles aussi. Mais les Sociétés de Secours Mutuels pourraient continuer à exister. Pourquoi pas ? Tous les assurés des Caisses d'un même département seraient automatiquement inscrits à la Caisse départementale. De même les fonds sociaux des Caisses supprimées y seraient versés. Les modalités de ces différentes mutations seraient réglées dans leurs détails par décret.

Ainsi par département, nous aurions une Caisse unique d'Assurances Sociales. Ce serait une Caisse officielle. Tous les services en seraient dirigés et remplis par des fonctionnaires spécialisés de l'Etat. Aucune représentation ne serait réservée aux assurés ou aux employeurs. Il appartiendrait tout simplement à l'Etat de choisir le personnel dirigeant des Caisses parmi les juristes et les médecins. Chacun d'entre eux étant à la tête de la direction ressortissant à sa compétence.

La Caisse départementale s'occuperait seule des risques survenant aux assurés ayant leur domicile dans le département.

Mais tous ces risques seraient pour elle d'une charge assez aisée à supporter, puisque nous préconisons la sup-

pression de la capitalisation. Ainsi il n'y aura plus que des risques de répartition. Nous dirons dans un instant pourquoi.

Mais quels seraient immédiatement les avantages d'un système ne comportant qu'une seule Caisse par département ?

D'abord les avantages résultant de l'application de la loi des grands nombres. Les Caisses départementales ne seraient plus comme la majorité des petites Caisses primaires actuellement existantes, à la merci d'une épidémie quelconque ou même d'une simple augmentation du pourcentage d'un des risques qu'elles ont à couvrir, la maternité par exemple.

Aussi, plus de déficit et par conséquent la possibilité de supprimer les multiples réassurances.

De plus nous savons — c'est l'application d'une loi de la concentration — qu'il existe un minimum de frais fixes pour qu'une Caisse puisse fonctionner. Donc, une Caisse importante — comme une caisse départementale — n'aura pas de déficits de gestion.

A ces avantages, une raison d'analogie milite également en faveur de la suppression des petites Caisses. En effet, à l'Etranger et notamment en Angleterre, en Allemagne, en Tchécoslovaquie, on se montre, après expérience, contre les Caisses embryonnaires.

Chapitre II

De la Capitalisation

Avant d'aller plus loin et d'exposer le système que nous concevons dans son ensemble, nous allons donner les raisons qui nous font demander la suppression de la capitalisation.

Notons que cette demande n'est pas nouvelle et que nombre de parlementaires l'ont déjà faite. Plusieurs propositions ont été déposées dans ce sens, et notamment une proposition de résolution, signée de M. de Lasteyrie et d'une quarantaine d'autres députés, réclamait : « La réorganisation de l'assurance-vieillesse, d'après un système substituant dans toute la mesure du possible le régime de la répartition à celui de la capitalisation ».

Mais, à la vérité, les raisons invoquées par eux en vue de démontrer la nécessité de cette substitution, ne sont pas extrêmement convaincantes, puisqu'ils se bornent à démontrer que les Assurances Sociales provoquent, au profit de l'Etat, une gigantesque thésaurisation, et que dans une vingtaine d'années il y aura une cinquantaine de milliards, pour la plupart entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignations.

En vérité, il n'y a là qu'une part de vérité.

Les Assurances sociales n'aboutissent pas à la thésaurisation proprement dite. Que devient, en effet, le montant des cotisations ?

D'abord les sommes versées par les assurés et les employeurs retournent pour un tiers environ dans le commerce, par suite du paiement des prestations aux assurés.

Pendant trois mois avant la ventilation, la totalité des sommes versées par les assurés sert à la trésorerie.

Enfin, les sommes restantes sont placées et servent à l'achat de rentes et valeurs d'Etat, aux prêts aux collectivités locales, à la reconstruction d'immeubles de rapport, au financement de grands travaux, etc., etc...

Par conséquent, capitaliser n'est pas thésauriser.

On a dit que les raisons de la capitalisation étaient évi-
dentes : économie et accumulation des intérêts ; ce qui permet d'augmenter le montant des pensions, et que par ailleurs,

avec la répartition, on n'aurait aucune idée des obligations de l'avenir.

A la vérité, la capitalisation est à la fois une source de complications, d'abus et de scandales, et elle présente des dangers.

Une source de complications, et nous l'avons montré lorsque nous avons parlé de l'assurance-vieillesse et de l'assurance-invalidité. Nous savons, en effet, que la retraite vieillesse est formée par la totalisation d'une rente viagère individuelle constituée par voie de capitalisation. Ce qui entraîne de singulières difficultés pour le calcul exact des rentes et pensions.

Enfin, il faut gérer ces sommes importantes. Et cette gestion, outre qu'elle est extrêmement difficile, nécessite pour les Caisses un personnel très important.

Une source d'abus et de scandales et cela a été surabondamment démontré, notamment par M. Gaston Martin.

Il est trop évident, en effet, qu'étant donné le nombre très élevé des sommes appartenant aux Assurances Sociales, il n'y a pas de puissance humaine capable de gérer ces sommes correctement en les mettant à l'abri des escrocs de toutes sortes, et à fortiori, de les faire fructifier.

Cette affirmation n'est pas purement gratuite.

Il suffit pour se convaincre de sa véracité de considérer la manière dont le capital des Assurances Sociales a été jusqu'à présent géré : placements immobiliers irréfléchis, immeubles d'une valeur locative trop élevée, construits en trop grand nombre et demeurant sans locataires ; placements mobiliers désastreux, prêts aboutissant à des krachs retentissants, malversations, détournements tolérés, sinon encouragés, par la carence des contrôles.

Donc, étant donné les sommes excessives que les diri-

geants des Caisses ont à gérer, sommes qui ont déchaîné les appétits de toutes sortes de tous les affairistes marrons, on est en droit de se demander si la capitalisation, sur laquelle les auteurs de la loi ont fondé des espoirs très grands, et notamment celui d'assurer aux vieillards une retraite plus forte, n'aboutit pas à une opération de dupe, et si les cotisations des Assurances Sociales, non capitalisées et placées dans un simple tiroir, ne seraient pas supérieures au bout d'un temps donné aux sommes capitalisées dans de mauvaises conditions et diminuées de pertes sensibles dans la majorité des cas.

Enfin, avons-nous dit, la capitalisation est dangereuse. Nous vivons, en effet, à une époque où la stabilité des monnaies est pour le moins précaire.

Imagine-t-on les conséquences désastreuses pour les assurés d'une dévaluation ou d'une inflation ?

Déjà, les retraites qu'on leur promet sont faibles.

S'il leur fallait encore subir un retranchement, du fait d'une manipulation monétaire, il est trop vraisemblable qu'ils n'auraient plus pour assurer leurs vieux jours que des sommes dérisoires.

Donc, ce nouveau danger de la capitalisation, sur lequel autrefois on eut pu passer, est aujourd'hui très réel et, à notre avis, il faut compter avec lui : la France, en effet, n'est certainement pas assurée, malgré toutes les promesses gouvernementales, d'une stabilité monétaire continue.

En conséquence, nous considérons la capitalisation néfaste pour les assurés et nous demandons que tous les risques soient couverts suivant le système de la répartition.

Nous aurons ainsi un système très simple, très souple, ne laissant prise à aucun abus, à une mauvaise gestion et ne présentant aucun danger. Les sommes à gérer seront, en

effet, toujours faibles, ce qui rendra absolument sans fondement l'accusation portée contre les Assurances Sociales de drainer à elles toutes l'épargne et les sommes nécessaires au commerce et à l'industrie. Enfin, les retraites et les pensions n'auront en aucune façon à souffrir de la suppression de la capitalisation.

Chapitre III

Système Proposé

Voici comment, dans ses grandes lignes, nous concevons le fonctionnement des Caisses départementales d'Assurances Sociales, tous les risques, sans exception, étant devenus des risques de répartition.

Chaque Caisse devient une Caisse douée d'une large autonomie, ayant un budget propre annuel, semblable au budget de l'Etat — avec toutefois cette particularité qu'il n'a pas besoin d'être voté —. A l'actif figurent les cotisations des assurés, les redevances de l'Etat qui ne vont pas à la Caisse de garantie, les dons, legs, etc... Au passif figurent les prestations à verser aux assurés qui pourraient être rangées en deux catégories : les prestations prévisibles : les pensions de retraite et d'invalidité. Les prestations imprévisibles : celles couvrant tous les autres risques. Cette division n'a évidemment aucun caractère absolu ; y figurent également les frais de gestion et les différents prélèvements obligatoires et fixes que les Caisses départementales devront faire annuellement sur leurs ressources :

Un premier prélèvement destiné à constituer et à alimenter une Caisse de réserve départementale. Dans une cer-

taine mesure, la Caisse départementale sera donc son propre assureur.

Un deuxième prélèvement très léger — en raison des subventions de l'Etat — qui sera versé à la Caisse générale de garantie.

Enfin, un troisième prélèvement sera destiné aux œuvres d'hygiène sociale, dont nous avons parlé précédemment, ou à l'amortissement des emprunts qui auront été faits dans ce but.

Ainsi, plus de réserves multiples, de réassurances multiples à plusieurs degrés, plus non plus de compensation entre les Caisses.

Nous ne voulons certes pas dire que toutes les Caisses départementales auront la même importance. Cependant, nous pensons qu'elles pourront collaborer toutes dans la même mesure aux œuvres sanitaires et que les prélèvements destinés aux réserves et garantie pourront sans inconvénients être les mêmes pour toutes.

Les ressources, cotisations, etc., de l'année en cours seront utilisées par les Caisses aux services des prestations de l'année suivante.

Il est évident qu'une faible trésorerie sera nécessaire pour chaque Caisse. Nous écrivons faible parce que, de même que les cotisations ne seront pas versées en bloc aux Assurances Sociales, de même les prestations ne seront pas servies d'un seul coup aux assurés. Mais cette trésorerie, il sera très facile de la constituer avec les ressources actuelles des Assurances Sociales.

Mais comment maintenant sera fait le service des prestations aux assurés? Il est évident que l'on ne peut obliger les assurés à aller au chef-lieu du département se faire payer leurs prestations. Nous savons qu'à l'heure actuelle, les bu-

reaux de poste sont déjà utilisés pour vendre les timbres et recevoir ensuite ces timbres collés sur des feuillets et les envoyer à la Caisse primaire départementale où est faite la ventilation.

Ne serait-il pas possible d'utiliser également les guichets des bureaux de poste pour le paiement des prestations ?

Pour le paiement trimestriel des pensions de vieillesse ou d'invalidité, l'intéressé serait en possession d'un titre de la Caisse départementale qu'il lui suffirait d'exhiber à un bureau de poste pour obtenir le versement de sa pension.

Pour les autres risques, il en serait de même. L'assuré ferait par la poste à la Caisse départementale une demande accompagnée de pièces justificatives. Dans l'hypothèse où droit serait fait à sa demande, il lui serait également remis un titre qui lui donnerait droit de toucher en cas de chômage son allocation journalière, en cas de maladie, grossesse, son indemnité journalière et le remboursement de ses frais de médecine et de pharmacie en attendant que tous les malades et femmes en couches puissent obligatoirement être hospitalisés.

Naturellement, les bureaux de poste seraient également utilisés pour recevoir le versement des cotisations des assurés sociaux, comme c'est le cas actuel, et les Caisses départementales posséderaient toutes un compte courant postal.

Et nous nous trouvons ainsi amenés à parler de quelques réformes indispensables d'ordre administratif touchant le système des feuillets et des timbres, car le versement des cotisations aux guichets des Postes ne serait plus fait au moyen de timbres collés sur des feuillets, dont tous les praticiens sont d'accord pour demander la suppression, mais directement en espèces ; le compte courant de chaque Caisse serait tout simplement crédité du montant des différents versements. Pour

rejeter dès le début le système des feuillets, il eut suffi de penser qu'il allait être la cause d'une perte de temps extrêmement considérable.

Ainsi, en 1933, le fonctionnement des Assurances Sociales a exigé 9.341.373 cartes individuelles et 24.437.970 feuillets trimestriels.

Or, les vérifications et la ventilation exigent par feuillet une demi-heure de travail d'un employé moyen. Soit, pour l'année 1933 : 12.218.985 heures, soit 1.527.273 jours de 8 heures de travail. On conviendra que c'est exagéré. Ce serait intolérable avec 13 millions d'assurés.

Par ailleurs, le système des timbres est actuellement condamné par sa trop grande complication. Il est une source de temps perdu lui aussi, et d'erreurs. Il fut autrefois la cause de pertes et de vols au détriment des Assurances Sociales.

C'est pour toutes ces raisons que nous demandons la suppression tant des feuillets que des timbres et leur remplacement par le versement direct en argent fait par les employeurs.

Mais alors se pose le problème de la preuve du paiement des cotisations. Comment faire cette preuve ?

Nous savons que tous les salariés seront assurés sociaux.

Ils seront immatriculés aux Assurances Sociales une fois pour toutes et connus, car ils demeureront toute leur vie, sauf des exceptions assez rares, assurés sociaux.

La preuve du versement pourrait résulter, comme le préconisent certains praticiens, des livres de paye des employeurs.

Les fraudes seraient rendues malaisées par le dépistage de tous les salariés et leur immatriculation d'office aux Assurances Sociales.

Pour les vérifications, les contrôles, le dépistage des

salariés, etc..., il semble opportun et judicieux d'utiliser, comme le préconisait la Mutualité dans un de ses projets, les services existants et notamment l'inspection du travail. Elle pourrait être renforcée et surveillerait l'immatriculation des assurés, les livres de paye et partant le paiement des cotisations.

Si nous avons précédemment demandé la suppression de la capitalisation, il semble toutefois qu'une telle mesure ne pourrait être prise actuellement d'un seul coup. En effet, la loi de 1928-30 repose en grande partie sur la capitalisation et sa suppression pourrait être la cause de surprises et de certains déboires. Mais, il nous semble qu'en 1960, c'est-à-dire à l'époque où la loi sera appelée à fonctionner normalement et à plein rendement, la répartition pourrait aisément être le système adopté pour la couverture de tous les risques sans exception, à la condition que d'autres réformes organiques soient également apportées à la loi telle qu'elle existe présentement.

En résumé, dans la presque totalité des départements, nous ne trouverons plus qu'une seule et unique Caisse d'Assurances Sociales à la direction de laquelle suffirait, notons-le, un nombre d'employés relativement restreint.

Seuls, quelques départements particulièrement importants et peuplés pourraient posséder, dans la crainte que la Caisse départementale ne soit débordée, aux différents chefs-lieux d'arrondissement des Caisses d'Assurances Sociales qui seraient des succursales de la Caisse départementale et placées sous sa dépendance absolue.

Si quelques fonctionnaires suffiront à la direction et aux services d'une Caisse aussi importante que la Caisse départementale, c'est que toutes les causes de complication auront été supprimées : plus de capitalisation, donc plus de sommes

à gérer, plus de comptes individuels, plus de feuillets à vérifier, plus de ventilation, plus d'assurance agricole, d'assurance facultative, plus de catégories d'assurés et les complications qu'elles entraînaient, plus de prestations variables, d'individus sortant des Assurances et y rentrant quelque temps après, etc., etc...

Tous les salariés sont assurés. Ils feront, le cas échéant, des demandes de prestations en les accompagnant des justifications nécessaires. Ces dernières seront examinées et pour quoi, si on leur fait droit, ne pas le faire au moyen d'un simple « vu bon à payer » semblable à celui employé au Ministère des Finances? Moyennant lequel l'intéressé pourra dans un quelconque bureau de Postes du département toucher le montant de ce qui lui est dû.

Enfin disparaîtraient également les réserves multiples et les Unions pour la réassurance. Les seules Unions qui pourraient se former seraient celles ayant un but sanitaire et dont nous avons parlé plus haut.

Et dans un avenir peut-être rapproché seraient également supprimés les tarifs de responsabilité des Caisses et les contrats collectifs. Ce serait alors le triomphe de la médecine sociale. Cette dernière entraînerait également la suppression du paiement des prestations en cas de maladie, grossesse, etc..., l'hospitalisation dans des centres sanitaires prévus serait, en effet, obligatoire, seul demeurerait le paiement de l'indemnité journalière.

Ainsi, les Assurances Sociales deviendraient un vaste édifice harmonieux, placé sous la haute direction de l'Etat et d'où toute passion serait chassée.

Les salariés, pour des cotisations relativement modestes, recevraient grâce à elles tous les soins préventifs et curatifs nécessités par leur état; ils seraient placés à l'abri de tous les

risques sociaux les plus divers. Peut-être ainsi serait réalisé sinon le bonheur du monde, du moins l'assainissement de la race, et la France verrait-elle naître enfin des enfants sains, viables et nombreux.

Chapitre IV

L'équilibre financier

Il nous faut examiner maintenant, si, après toutes les réformes organiques que nous avons apportées à notre loi d'Assurances Sociales, cette dernière continue à être en équilibre financier, c'est-à-dire si les charges des Caisses départementales d'Assurances : frais de gestion, prestations aux assurés, prélèvements en vue des réserves, prélèvements en vue des travaux d'ordre sanitaire, sont exactement balancées par les ressources des Assurances Sociales : cotisations et subventions de l'Etat.

Mais qu'il nous soit permis avant cet examen de faire deux remarques.

La première, c'est que pour nombre de personnes, le chapitre de l'équilibre financier, pour une loi de ce genre, revêt un caractère d'une extrême importance. On se souvient, à ce sujet, de l'intervention soudaine de M. Poincaré, il y a quelques huit années, alors qu'il était Ministre des Finances, par laquelle, n'ayant en vue que le seul équilibre financier de notre loi future d'Assurances Sociales, il n'hésita pas à faire procéder derechef à des modifications importantes au projet en discussion, afin d'en assurer l'équilibre.

Pour nous, nous ne cacherons pas — aussi paradoxal

que cela puisse paraître à l'heure actuelle — que l'équilibre financier ne prend à nos yeux qu'une importance secondaire et que nous considérons comme une espèce d'hérésie le fait de sabrer en dernière heure dans un projet d'ordre social, sans souci d'en détruire l'harmonie, dans un seul but financier.

De quoi s'agit-il en effet ? De faire une œuvre sociale et nous ajouterons une œuvre sociale efficace, véritable, ayant une portée effective. Le législateur qui veut — comme c'est son devoir — réaliser une loi d'Assurances Sociales, digne de ce nom, c'est-à-dire assurant à tous ceux qui en ont besoin et qu'il s'agit de protéger la couverture des risques de toutes natures qui les menacent dans leur existence, doit, pour atteindre ce but, rejeter nécessairement au second plan le problème financier, pour ne s'occuper que du social.

Certes, nous ne voulons pas dire que les soucis d'ordre financier doivent être relégués complètement dans l'ombre, mais seulement qu'ils ne doivent pas être envisagés les premiers, comme s'ils avaient un caractère primordial, et qu'en définitive il vaut mieux une excellente loi sociale en déséquilibre financier, qu'une mauvaise loi en équilibre.

Et cela nous l'écrivons avec d'autant moins de scrupules que nous constatons trop souvent la destination stupide d'une part des finances publiques.

La deuxième remarque est pour avertir qu'il ne nous est pas possible de pousser à fond l'étude de l'équilibre financier de notre réorganisation des Assurances Sociales, mais seulement d'en poser les grandes lignes.

Sous cette réserve, nous rappelons qu'il n'est entrepris que pour à partir de 1960, époque à laquelle la loi d'Assurances Sociales fonctionnera normalement et où la capitalisa-

tion étant supprimée, il n'existera qu'une seule Caisse par département.

Aussi, avons-nous fait les calculs pour un département. Le problème à résoudre est donc le suivant. Pendant une année, à quelles dépenses une Caisse départementale, prise au hasard, aura-t-elle à faire face?

Pour leur faire face, quelles seront ses ressources?

Ressources : Cotisations.

Nombre d'assurés: 10.000.000 + 3.000.000 de nouveaux, soit en tout 13.000.000 d'assurés sociaux — soit une moyenne de 145.000 assurés sociaux par département.

Ces 145.000 assurés se répartiront à peu près comme suit, en les classant par importance de salaires.

Proportion	Nombre	Salaire annuel	Cotisation annuelle (10 %)
5 %	7.250	2.400	240
22 %	31.900	4.500	450
30 %	43.500	6.000	600
20 %	29.000	9.600	960
7 %	10.150	12.600	1.260
8 %	11.600	18.000	1.800
8 %	11.600	25.000	2.500

100 % 145.000

Ressources annuelles d'une Caisse départementale :

7.250 × 240 =	1.740.000
31.900 × 450 =	14.315.000
43.500 × 600 =	26.100.000
29.000 × 960 =	27.840.000
10.150 × 1.260 =	12.180.000
11.600 × 1.800 =	20.880.000
11.600 × 2.500 =	29.000.000
	132.095.000

Dépenses

1° Prestations

145.000 assurés dont 90.000 hommes.

et 55.000 femmes.

2° Maladies et Accouchements.

1° 8 jours de maladie par an pour un homme, soit :

$90.000 \times 8 = 720.000$ jours, soit pour les indemnités journalières :

$$720.000 \times 15 = 10.800.000 \text{ francs.}$$

2° 11 jours de maladie par an pour une femme, y compris les accouchements, soit :

$$55.000 \times 11,5 = 632.000 \text{ jours, soit :}$$

$$632.000 \times 15 = 9.487.500 \text{ francs.}$$

3° Primes d'allaitement.

Environ : $1.000 \times 2.250 = 2.250.000$ francs.

4° Invalidités.

Nombre d'invalides en dehors des accidents du travail	700
---	-----

Nombre d'invalides à la suite d'accidents du travail	1.400
--	-------

Soit au total	2.100
---------------------	-------

Nombre d'invalides guérissant par an	250
--	-----

1.580

Donc, en moyenne, une Caisse départementale aura à servir 1.580 pensions d'invalidité, dont la valeur moyenne est de 3.500 francs, soit :

$$1.580 \times 3.500 = 5.530.000 \text{ francs.}$$

5° Vieillesse

12.000 pensionnés environ. Valeur moyenne de la pension : 6.000 francs, soit :

$$12.000 \times 6.000 = 72.000.000 \text{ francs.}$$

6° Décès.

$$2.000 \text{ décès à } 500 = 2.000 \times 500 = 1.000.000 \text{ francs.}$$

7° Sursalaires.

Environ 500.000 francs.

8° Chômage.

Une moyenne de 9.500 chômeurs à 1.275 francs par an, soit :

$$9.500 \times 1.275 = 12.112.500 \text{ francs.}$$

9° Gestion.

3,50 % du montant des cotisations seront largement suffisants, soit :

$$\frac{132.055.000 \times 3,5}{100} = 4.623.325 \text{ francs.}$$

Récapitulation.

Maladies Hommes	10.800.000
Maladies Femmes	9.487.500
Allaitements	2.250.000
Invalidité	5.530.000
Vieillesse	72.000.000
Décès, Sursalaires	1.500.000
Chômage	12.112.000
Gestion	4.623.325

Total..... 118.303.325

Mais, par suite du chômage et de la maladie, il y aura pour la Caisse des cotisations qui ne rentreront pas dans la proportion suivante :

Par suite de la maladie : (Notons que les maladies courantes de 15 à 20 jours n'entraveront en aucune façon la rentrée des cotisations).

Environ : 1.000.000 francs de cotisations à retirer.

Par suite du chômage: Environ 3.000.000 de francs, soit en tout 4.000.000 de francs de cotisations à déduire.

Donc: $132.095.000 - 4.000.000 = 128.095.000$

Excédents: C : 128.095.000

— P : 118.303.325

Soit environ 10.000.000 de francs d'excédents.

Nous estimons que sur ces 10.000.000 de francs, les Caisse sauront à effectuer divers prélèvements.

Un premier prélèvement, très faible, qui ira à la Caisse générale de garantie (environ 200.000 francs) et qui s'ajoutera à l'alimentation normale de ce fonds.

Un deuxième prélèvement, plus important, au moyen duquel elles se constitueront une réserve (environ 1.800.000 fr. par an).

Enfin, les 8.000.000 de francs restants lui serviront à entreprendre la construction des différents centres sanitaires dont nous avons parlé. En attendant leur réalisation, une partie de ces 8.000.000 sera consacrée au remboursement des frais de médecine et de pharmacie des assurés sociaux.

TITRE III

SUR DES RÉFORMES DE DÉTAIL

Nous allons, sous ce titre III, nous occuper des réformes de détail qu'il conviendrait d'apporter dès maintenant à notre loi d'Assurances Sociales, en attendant sa refonte complète.

Nous nous aiderons pour ce travail des différents projets ou propositions de loi qui ont été déposés jusqu'à maintenant, en vue de réformer sur certains points notre loi de 1928.

Si nous n'avons pas procédé de cette façon sous le titre II c'est tout simplement qu'il n'existe actuellement aucun projet ou proposition de réorganisation complète des Assurances Sociales, à l'exception de la proposition de M. Lasteyrie, et si nous avons complètement laissé de côté cette proposition, c'est qu'elle est d'un caractère tout à fait spécial, puisque M. Lasteyrie ne demandait rien moins que de supprimer l'obligation pour tous les risques prévus par les Assurances Sociales, à l'exception de l'Assurance-vieillesse qui demeurerait obligatoire.

Le rapporteur de cette proposition a démontré que notre loi actuelle reposait sur trois grands principes essentiels : l'obligation, le précompte et l'unité d'Assurances et devait être considérée comme définitivement incorporée dans la législation sociale de notre pays. Et il a conclu au rejet de la proposition de M. Lasteyrie. Ce en quoi, à notre avis, il avait parfaitement raison. Il a été de plus souvent montré, qu'en

dehors de l'obligation, il n'y avait pas d'Assurances Sociales possibles.

Le Docteur Grinda, notamment, a fait de cette idée une démonstration éclatante.

Il constate, d'abord, que dans notre Pays toutes les lois d'obligation dont les bienfaits sont aujourd'hui reconnus, sont nées au milieu des oppositions les plus passionnées.

Il montre ensuite qu'en Angleterre et en Allemagne, les terres classiques de l'obligation, les Assurances Sociales ont atteint immédiatement leur complet épanouissement, alors qu'elles végétaient péniblement en Belgique et en Italie, où pendant de longues années fut défendue la liberté subsidiée.

De même, en France, la loi des retraites ouvrières et paysannes est devenue inopérante, depuis qu'un arrêt de la Cour de Cassation a supprimé en fait l'obligation inscrite dans la loi.

De plus, il est évident que laisser aux ouvriers et aux petits employés la liberté de faire ou non partie des Assurances Sociales, c'est condamner la loi; car, seuls, en feront partie ceux-là qui en auront besoin essentiellement, c'est alors ouvrir la porte aux seuls mauvais risques.

Notre plan sera très simple. Il sera celui de la loi elle-même. Nous envisagerons successivement les divers risques : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, et nous dirons quelles améliorations il conviendrait d'apporter à la loi sur ces différents risques, et nous consacrerons un dernier développement aux fraudes à la loi.

Maladie

C'est à ce risque que nous consacrerons les plus longs développements. Nous avons déjà signalé dans notre titre II

les divers points dont il convient maintenant que nous traitions.

Notre but, nous l'avons dit, en attendant un parfait développement de la médecine collective : hospitalisation obligatoire, suppression des contrats collectifs, des tarifs de responsabilité, etc... est de rendre la médecine individuelle d'un coût moins élevé pour les assurés sociaux, lorsqu'il leur est nécessaire de se soigner.

Or, nous avons montré que si les soins sont actuellement trop lourds à la grande majorité des assurés, c'est que les tarifs de responsabilité des Caisses sont trop faibles eu égard à ceux des médecins, c'est que par ailleurs les délais de carence sont trop longs, c'est enfin que les assurés doivent presque toujours faire l'avance des frais.

Nous savons de plus que le risque maladie coûte également cher aux Caisses d'Assurances Sociales, parce que les fraudes sont nombreuses, dont la plus bénigne consiste à leur faire payer deux consultations pour une seule.

Evidemment, sur la question de la faiblesse des tarifs de responsabilité des Caisses, le législateur ne peut rien ou presque rien. Il faudrait logiquement que ces tarifs puissent coïncider avec ceux des médecins, et, pour le réaliser, en appeler à la bonne volonté tant des Caisses que des médecins. Les uns et les autres faisant, chacun de leur côté, une part du chemin qui sépare leur tarif respectif, afin d'en combler par un sacrifice égal, la différence.

Au contraire, la question relative aux délais de carence est aisément soluble. L'article 5, § 1, de notre loi déclare : « Si l'assuré malade ne peut d'après attestation médicale continuer ou reprendre le travail, il a droit, à partir du sixième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident et jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'expiration des six mois prévus à l'ar-

ticle 4, à une indemnité par jour ouvrable égale à la moitié du salaire de base et de la catégorie dans laquelle le classent les cotisations obligatoires. »

De l'avis unanime, ce délai de carence est trop long. Cependant, il a été demandé, puis voté par le Sénat. Mais dans son examen du projet du Sénat, le Docteur Grinda, dès le début, signale le manque de libéralité de cet article 5. D'abord, dit-il, que le salaire soit faible ou élevé, l'indemnité est toujours égale à la moitié du salaire de base. (Nous avons demandé dans notre titre II, la fixation de cette indemnité à une somme forfaitaire fixe et égale pour tous les assurés). Et ensuite, afin d'éviter les fraudes et les abus, l'indemnité journalière n'est versée qu'à partir du sixième jour. C'est excessif.

Depuis lors, de nombreuses propositions ont été déposées en vue de demander l'abaissement de ce délai de carence.

En Grande-Bretagne, en Allemagne, en Suède, en Norvège, au Danemark, en Roumanie, etc..., il n'est que de trois jours. De même, la Conférence Internationale du Travail, elle-même, l'a fixé à trois jours. Enfin, en France, nous savons que dans l'assurance des ouvriers mineurs, le délai de carence est de trois jours, et qu'il a été supprimé totalement pour les accidents du travail.

Aussi, demandons-nous que les Assurances Sociales ne soient pas traitées avec une rigueur plus grande que les Assurances Sociales étrangères, ou même que les autres Assurances françaises, et que le délai de carence soit également pour elles, fixé à trois jours. C'est-à-dire que l'assuré malade dans l'obligation de s'aliter et de cesser son travail ait droit le troisième jour de cette cessation au versement d'une indemnité journalière.

Nous pensons que sans nul doute, avec un délai de trois

jours, les fraudes seront évitées aussi bien qu'avec un délai double.

Si nous considérons maintenant la participation aux frais, nous voyons qu'elle est fixée à 15 % pour les deux premières catégories d'assurés et à 20 % pour les trois autres ; convient-il de supprimer cette participation à supposer même que les tarifs des médecins coïncident exactement avec ceux des responsabilités des Caisses ?

Nous savons dans quel but elle a été instituée. C'est pour éviter les abus, tant de la part des médecins que des assurés : abus de visites, abus de produits pharmaceutiques, etc... Cependant, nous savons aussi que les possibilités de fraudes demeurent considérables, puisqu'il est possible aux médecins peu scrupuleux de marquer deux ou trois visites pour une seule. Par conséquent, la participation aux frais est insuffisante pour protéger avec efficacité les Caisses d'Assurances Sociales.

Aussi, à notre avis, il conviendrait d'adopter en France le système lyonnais du ticket modérateur. Au moment de la discussion de la loi, la Chambre avait décidé de mettre ce système en pratique ; elle avait même fixé un maximum à la valeur du ticket modérateur : il était de la moitié de l'indemnité journalière.

Le ticket modérateur présente trois avantages sérieux : il évite les abus, il rend les fraudes impossibles, et enfin il dispense l'assuré de l'avance d'une partie des frais.

Le Sénat sembla un moment se rallier à cette formule du tiers payant, en l'occurrence les Caisses, pour adopter finalement, sur l'influence des médecins, le système de la liberté contractuelle.

Certains docteurs en médecine, cependant, ne crient pas : « au scandale » à la perspective de se voir imposer un tiers

payant, et le Docteur Grinda, notamment, est un partisan et même un défenseur du ticket modérateur.

Comment le système du ticket modérateur pourrait-il fonctionner dans la pratique ?

Les assurés pourraient acheter ces tickets à leur Caisse pour le prix de la participation aux frais fixée à X %. Il semble préférable, en effet, de décider que tous les tickets seront vendus le même prix : car si on décidait de les vendre à un prix proportionné à l'allocation journalière touchée par l'assuré, il faudrait, afin d'éviter les fraudes, que les tickets fussent nominatifs, ce qui nécessiterait un trop gros travail administratif, ou à tout le moins qu'ils fussent sériés, ce qui rendrait les fraudes possibles par suite de revente de ces tickets par les assurés des dernières catégories à ceux des autres.

Donc, les tickets seront vendus le même prix. Mais comment sera déterminé ce prix ? Il est clair que la question est délicate, puisque actuellement les tarifs de responsabilité des Caisses ne correspondent pas aux honoraires des médecins. Il est cependant à peu près indispensable que cette coïncidence soit réalisée pour que le système du ticket modérateur fonctionne normalement.

Supposons, un instant, cette coïncidence réalisée sur le chiffre 16, et que la participation aux frais fut fixée à 20 %, les tickets seraient alors vendus 3,20 l'un .

Nous voyons qu'ainsi, les assurés pourront, sans avoir à faire une grosse avance de fonds, acheter quelques tickets qu'ils remettront ensuite à raison d'un par visite et pour tout paiement au médecin qui les soignera.

Avec ce système, il n'est pas à craindre la fraude consistant à marquer deux ou plusieurs consultations pour une seule, car il faudrait alors que l'assuré remit au médecin plusieurs tickets pour une seule visite et l'on ne voit pas dans

quel but il pourrait agir ainsi. On n'ose, en effet, penser qu'un médecin accepterait de son malade plusieurs tickets qu'il lui payerait, par exemple, 6 francs ou 7 francs et qu'il irait ensuite se faire rembourser pour la somme de 16 francs.

Il n'est pas à craindre non plus que les assurés abusent du médecin, puisqu'ils participent — par l'achat du ticket — aux frais, dans une proportion assez forte que nous avons fixé uniformément à 20 %.

Ainsi, les tickets remis aux médecins vaudraient pour eux le prix de leur consultation. Ils n'auraient plus ensuite pour être payés, qu'à se faire rembourser les tickets soit aux Caisses d'Assurances Sociales, soit aux bureaux de Postes.

A la vérité, le seul obstacle sérieux que rencontre ce système judicieux réside dans l'horreur qu'éprouvent les médecins pour le tiers payant. Or, les médecins siègent en grand nombre au Parlement et, de plus, ils savent faire entendre leur voix.

Ainsi, les assurés participeraient, comme par le passé, aux frais, mais dans une proportion *réelle*, raisonnable.

Les Caisses, en effet, estiment et il semble avec raison, que la participation aux frais est nécessaire, non seulement pour éviter les abus et les fraudes, mais encore pour alléger leurs charges.

Ainsi, nous concluons à la nécessité de la participation de l'assuré aux frais, mais seulement dans la majorité des cas.

Car, il est des hypothèses où, à notre avis, toute participation aux frais devrait être supprimée, ainsi que tout délai de carence. Ces hypothèses sont la réalisation de gros risques : maladies dont la durée est supérieure à un mois, opérations chirurgicales de toutes sortes, depuis les simples et

rapides interventions jusqu'aux ablations et aux amputations, etc...

Pourquoi ces suppressions en cas de gros risques?

Pour les raisons suivantes: C'est que d'abord ces gros risques sont relativement assez rares et partant peu onéreux pour les Caisses, même si la participation de l'assuré aux frais et le délai de carence sont supprimés.

Ce sont, en effet, les petits risques qui, étant très nombreux, sont onéreux pour les Caisses. Au contraire, ils ne le sont pas pour les assurés qui peuvent allègrement, lorsqu'ils se réalisent, supporter une participation de 20 %. Mais, par contre, les gros risques sont très lourds pour eux et la suppression de la participation et du délai de carence apparaît alors comme une mesure opportune pour les alléger.

C'est ensuite que les gros risques ne sont pas susceptibles d'être la source de fraudes et d'abus. Ils sont visibles et peuvent être aisément vérifiés et donc ne constituent pas un danger pour les Caisses d'Assurances Sociales.

Quelques imperfections de la loi quant au risque maladie sont encore à signaler.

Citons le cas très connu et mentionné à maintes reprises de l'article 4, § 8, qui établit une espèce de présomption suivant laquelle tous les malades sont considérés guéris au bout de six mois et partant n'ont plus alors le droit aux soins et indemnités prévus par l'article 4.

Le caractère anti-social de cet article est encore aggravé par la rigueur avec laquelle il est appliqué, puisque dans l'hypothèse où un assuré tombe malade et guérit juste au bout de six mois pour retomber malade quelque temps après, il n'a droit à aucune indemnité ni soins, si le médecin contrôleur trouve que la deuxième affection est la même que celle pour laquelle il avait été soigné durant six mois auparavant.

Il est évident que dans ce cas, la rigueur est excessive. Aussi, dès 1933, la Chambre s'était émue et avait, en mai 1933, voté une proposition de résolution tendant à inviter le Gouvernement à déposer d'urgence un projet tendant à modifier l'article 4, § 8.

Cependant, aucun projet n'était déposé. Mais MM. Fié et André Breton déposaient quelque temps après, une proposition dans ce sens, qu'approuvait le rapporteur, M Peissel.

Cette proposition constatait qu'il était nécessaire de faire une situation aux individus qui ont besoin de soins prolongés au-delà de six mois, et qui cependant ne peuvent prétendre à l'invalidité, puisque leur capacité de travail ne correspond pas aux conditions fixées par l'article 10, § 1, c'est-à-dire n'est pas réduite des $\frac{2}{3}$ et, par conséquent, elle demandait qu'après une décision d'une commission médicale spéciale, ils puissent conserver le droit de recevoir des prestations en nature.

Il semble qu'il faille approuver pleinement cette proposition. Elle est humaine et juste.

Quant aux charges nouvelles afférentes à cette mesure spéciale, il est décidé dans la proposition de MM. Fié et Breton qu'elles seraient supportées, partie par les Caisses primaires et partie par le fonds de garantie, de compensation et de réassurance.

A la vérité, peut-être cette réforme est-elle moins urgente actuellement, par suite de la jurisprudence libérale de la Cour de Cassation qui décide que la rechute survenue plus de deux mois après la cessation des prestations est une maladie nouvelle, sans que l'intéressé ait à apporter, comme autrefois, la preuve de la guérison, et, par conséquent, il aura droit à de nouveaux soins pendant une nouvelle période de six mois.

Aussi, assiste-t-on maintenant à un revirement curieux. Ce sont les Caisses qui se plaignent de cette jurisprudence en déclarant qu'elle menace gravement leur avenir financier.

Il semble qu'il y ait là une part d'exagération. Quoi qu'il en soit, il reste certain qu'il vaut mieux, tant pour les assurés que pour les Caisses, qu'une situation légale soit faite aux individus dont la maladie dure plus de six mois.

Enfin, un dernier point nous reste à envisager. C'est celui des listes de médecins. L'absence de ces listes est actuellement à déplorer, car elle permet aux médecins indésirables de jouir d'une indépendance absolue.

Aussi, bien que la nécessité de la confiance, a-t-on dit, commande le libre choix du médecin pour l'assuré, il nous semble toutefois qu'il serait opportun de décider, comme le désirait la Chambre, que le choix des assurés s'exerçât librement, mais seulement parmi les médecins d'une liste locale établie d'un commun accord entre les syndicats professionnels de médecins et les Caisses d'Assurances Sociales.

Notons-le, ces listes pourraient comprendre des médecins non syndiqués, mais à coup sûr, elles ne seraient composées que de ceux dont l'honnêteté et la moralité ne pourraient être suspectées.

Ainsi, l'on n'aurait pas à déplorer les actes regrettables que nous avons signalés précédemment, ou assister à ce spectacle lamentable de médecins en quête d'argent que les Caisses sont obligées de poursuivre pour défendre à la fois leurs malades et leurs finances.

Maternité

Nous allons avoir à examiner successivement les points suivants : participation aux frais, nécessité de bien différencier le risque maladie et le risque maternité, visites pré-natales

et post-natales, primes d'allaitement, accouchement gémellaire ou dystocique.

Une partie de ce que nous avons dit précédemment au sujet du risque maladie demeure vrai pour la maternité.

Toutefois, la question des délais de carence ne trouve pas ici l'application, puisque la loi déclare elle-même dans son article 9, § 2, que six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité visée à l'article 5.

Mais, dans le § 1 du même article, il est dit : « Au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement, l'assurée et la femme de l'assurée bénéficient des prestations médicales et pharmaceutiques dans les conditions et limites fixées par les articles 4 et 5. »

Par conséquent, l'assurée ou la femme de l'assuré doivent participer aux frais de médecine et de pharmacie.

Or, il nous semble que l'on peut appliquer ici ce que nous avons dit au sujet des gros risques. Aussi bien les fraudes ne sont-elles pas à craindre en cas d'accouchement.

Aussi, demandons-nous dans cette hypothèse la suppression de toute participation tant aux frais de médecine qu'à ceux de pharmacie.

A la vérité, cette participation voulue par le Sénat, est ici parfaitement inadmissible.

Si nous reprenons les textes des §§ 1 et 2 de l'article 9, nous nous apercevons qu'ils assimilent dans une certaine mesure la maladie et la maternité.

En effet, il y a pour l'assurée une double condition de versements. Si elle veut bénéficier de l'indemnité journalière, elle devra (§ 2) avoir cotisé 60 jours dans les trois mois ou 240 jours dans les 12 mois qui ont précédé l'état de grossesse.

Si elle veut bénéficier des prestations médicales et phar-

maceutiques, il lui faudra avoir cotisé 60 jours pendant le trimestre civil précédant la maladie (article 5, § 2, auquel renvoie le § 1 de l'article 9).

Des difficultés ont été créées par cette situation en cas de changement de caisses par l'assurée, qui se trouve alors dans l'obligation de faire valoir ses droits (indemnités, prestations en nature) dans deux organismes différents.

Aussi, M. Fié et ses collègues ont-ils déposé une proposition de loi — qui s'occupe d'ailleurs également des visites pré et post-natales et des primes d'allaitement — et dont le rapporteur fut M. Corsin, demandant que l'on fasse du risque maternité, un risque distinct de celui de la maladie.

Pour ce faire, il nous paraît opportun de décider (c'est la solution la plus libérale), que l'assurée ou la femme de l'assuré bénéficieront au cours de la grossesse et dans les six mois qui suivent l'accouchement, des prestations médicales et pharmaceutiques à la condition d'avoir, comme dans le § 2, cotisé 60 jours dans les 3 mois ou 240 jours dans les 12 mois qui ont précédé l'état de grossesse, et dans les conditions de l'article 5 et de l'article 6, §§ 1 et 3.

La Commission de la Chambre chargée d'examiner la proposition Fié décidait qu'il suffirait d'avoir cotisé 60 jours dans le trimestre civil qui précèdera le trimestre civil de la date présumée de la conception pour avoir droit aux différentes prestations relatives à la maternité.

Nous préférons cette solution à celle de la commission, car cette dernière est moins favorable à l'assurée et aussi plus compliquée dans son application.

La même proposition Fié, animée d'un louable souci de protéger l'enfance et même la préenfanee, traite également de la question des visites pré et post-natales. Notons que notre loi n'est pas entièrement muette sur ce point, puisque dans

son article 9, § 2, elle déclare que « Six semaines avant l'accouchement, six semaines après, l'assurée jouit de plein droit de l'indemnité journalière visée à l'article 5, à la condition qu'elle cesse tout travail salarié durant cette période. » Par conséquent, il est probable que l'assurée ne travaillera pas durant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement.

Cependant, il nous semble que cette période soit insuffisante et qu'il y aurait lieu de la porter au moins à deux mois avant et deux mois après l'accouchement, et à obliger durant ces périodes l'assurée à se soumettre à des visites médicales pré-natales et post-natales. Et, comme le demande M. Fié, le versement des prestations serait subordonné à la justification de ces visites.

Le but social que cherche à atteindre M. Fié est évident. Il est en effet nécessaire, tant dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant à naître, non seulement que l'assurée ne travaille pas pendant les périodes de deux mois qui précèdent et suivent l'accouchement, mais également qu'elle puisse recevoir de suite les soins curatifs ou préventifs que son état nécessite.

M. Fié, toujours dans la même proposition, demande aussi que les Caisses soient mises dans l'obligation de prévoir dans leurs tarifs des majorations de prestations en cas d'accouchement gémellaire ou dystocique.

Il semble qu'il y aurait même intérêt dans ces deux hypothèses à prévoir dans la loi ces majorations et leur montant. Les caisses, en effet, trop soucieuses de leur avenir financier tendent souvent à le faire passer avant l'intérêt des assurées.

Leur laisser la possibilité de fixer elles-mêmes les majorations de prestations, c'est livrer les assurées dans des cas particulièrement intéressants à l'arbitraire des dirigeants des

Caisses. Mieux vaut mettre les futures mères dans une situation légale, leur assurant en cas d'accouchement gemellaire ou dystocyque des prestations majorées.

Enfin, nous pouvons faire une brève allusion à un dernier paragraphe de la proposition Fié, portant sur les primes d'allaitement. M. Fié suggère un remaniement judicieux de ces primes. Au lieu de les échelonner comme le prévoit le § 4 de l'article 9 : 150 francs pendant les 4 premiers mois, 100 francs pendant les 5^e et 6^e et 50 francs du 7^e au 8^e, soit en tout 950 francs ; il répartit ainsi les primes : 200 francs pendant les 4 premiers mois et 100 francs pendant les 5^e et 6^e, soit en tout 1.000 francs, dont 50 francs en plus qu'avec la disposition précédente.

En effet, M. Fié constate que c'est surtout pendant les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement que la prime d'allaitement est nécessaire. C'est probable.

Enfin, bien qu'à notre connaissance aucune proposition de loi n'ait été déposée dans ce sens, il semble nécessaire dans un but d'intérêt national (et comme le demande le Docteur Grinda dans une étude critique du projet du Sénat) de modifier encore sur un autre point le § 4 de l'article 9 de notre loi d'Assurances Sociales pour décider que la femme non assurée d'un assuré aura droit, tout comme l'assurée, à des primes d'allaitement.

Nous savons, en effet, combien est préférable pour les bébés l'allaitement maternel, et combien des cas de mortalité infantile sont dus précisément à l'allaitement artificiel, surtout dans le monde ouvrier où, soit par négligence, soit par ignorance, les lois élémentaires de l'hygiène sont trop souvent considérées comme superfétatoires.

Le Sénat, lors de la discussion de la loi, n'a pas adopté sur ce point la proposition de sa Commission, qui étendait le

bénéfice des primes d'allaitement à la femme de l'assuré non assurée. Il agit ainsi dans un but d'économie.

Il paraît que l'économie ainsi réalisée serait de l'ordre de 60 millions. C'est possible.

Cependant, l'intérêt national nous paraît devoir être mis victorieusement en balance avec l'intérêt purement financier dont le Sénat s'est fait le défenseur.

Toutefois, nous pensons qu'il serait juste de ne pas donner à l'accouchée non assurée des primes d'allaitement de la même importance que celles données à l'assurée.

On pourrait, par exemple, les fixer de la façon suivante : 150 francs pendant les trois premiers mois et 100 francs pendant les 4^e et 5^e mois.

Ainsi seraient pris à la fois en considération l'intérêt national, qui exige des enfants sains et viables, et l'intérêt financier, qui exige l'équilibre financier de notre loi d'Assurances Sociales.

Enfin, ce que nous venons de dire au sujet de l'allaitement complet peut être répété pour l'allaitement mixte qu'il convient au moins de favoriser par l'octroi de bons de lait non seulement à l'assurée mais également à la femme de l'assuré non assurée.

Invalidité

Sur ce risque, nous n'aurons que peu de choses à dire.

Aucun projet ou proposition intéressants le concernant n'ayant été déposés, nous allons surtout nous servir des travaux préparatoires.

C'est ainsi qu'il nous semblerait opportun d'accorder aux pensionnés par suite d'invalidité les soins médicaux et pharmaceutiques après la 5^e année, avec une participation aux frais de 20 % pour les premiers et 10 % pour les deuxièmes, moyen-

nant une cotisation supplémentaire payée au cours de leur vie de travail, comme le décidait le texte de la Chambre pour les retraités.

L'article 10, § 1^{er}, dû au Sénat, nous paraît peu heureux, parce qu'il introduit une dualité de régime suivant que l'invalidité est la suite d'une maladie, ou d'un accident.

Dans la première hypothèse, c'est la Caisse s'occupant du risque maladie qui servira au malade, même déjà invalide au sens de la loi d'Assurances Sociales durant une période de six mois, les prestations auxquelles il a droit. Les six mois écoulés, le malade (dont la capacité de travail est alors par hypothèse réduite au moins des $\frac{2}{3}$) sera versé à l'Assurance-invalidité.

Dans le deuxième cas, au contraire, celui dont l'incapacité de travail, égale au moins à $\frac{2}{3}$, sera survenue à la suite d'un accident, sera immédiatement versé au risque invalidité.

Si le Sénat a introduit cette distinction, c'est qu'il lui parut logique qu'une invalidité résultant d'une blessure définitive, par exemple au bout d'un mois, fut traitée de suite comme telle, et non durant cinq mois comme une maladie.

Cependant, nous préférons la solution qu'avait adoptée la Chambre et que le Sénat a rejetée, et qui consistait très simplement à décider que dans tous les cas (blessures ou maladies) pendant les six premiers mois l'Assurance-maladie serait responsable du service des prestations.

Evidemment, il peut, à priori, paraître un peu illogique qu'un invalide notoire soit obligé d'attendre plusieurs mois la liquidation de sa pension en touchant seulement les prestations réservées au risque maladie; mais, outre qu'il est assez rare de voir des blessures dont la consolidation est immédiate, la solution actuelle présente un grave inconvénient inhérent à tous les systèmes offrant une dualité de régime.

De même qu'avec une dualité de justice (ordinaire et administrative) on aboutit parfois à des conflits de faits équivalant à une absence totale de justice, de même avec cette dualité de régime, l'invalidé risque durant les six premiers mois de se voir refuser les prestations des deux côtés.

La Caisse s'occupant du risque maladie le déclarant invalide par suite d'accident, celle s'occupant du risque invalidité le déclarant seulement malade ou non encore invalide au sens de la loi de 1928.

Il y aurait lieu d'insister à nouveau sur l'erreur manifeste (comme le prouve le J. O.) qui fut introduite dans la loi et qui consiste dans le manque d'unification du risque invalidité, puisque deux Caisses différentes assurent l'une des soins aux invalides, l'autre l'invalidité proprement dite. Il y aurait évidemment intérêt à ce que la Caisse qui sert la pension d'invalidité ait également à s'occuper des invalides, afin de les mieux soigner et d'avoir ainsi moins de pensions à payer.

On a proposé, et cela semble bien, que la Caisse départementale assure le risque invalidité et que la Caisse primaire s'occupe des soins aux invalides, mais pour le compte de la Caisse départementale.

Enfin, il serait bon également de régler la question des doubles pensions d'invalidité.

Ainsi, un individu, à la suite d'un accident ordinaire, a perdu un bras et touche à l'Assurance Sociale une pension d'invalidité. Puis il continue à travailler et à cotiser à l'Assurance Sociale et tombe chroniquement tuberculeux.

Aura-t-il droit, dans cette hypothèse, à une nouvelle pension d'invalidité? D'autres exemples de la même espèce pourraient être cités, la loi ne les a pas prévus. Il semble juste de décider dans l'hypothèse où l'individu qui a continué, malgré son invalidité, à travailler et à cotiser à l'Assurance Sociale est

à nouveau frappé d'une invalidité, aura droit seulement à une majoration de son ancienne pension (20 % par exemple), s'il a effectué durant deux années précédant sa nouvelle affection ou son nouvel accident des versements correspondants au moins à 420 cotisations journalières durant deux années.

Vieillesse

Il nous faut répéter ici ce que nous avons dit sous le titre invalidité, au sujet de la nécessité de maintenir les soins médicaux et pharmaceutiques aux pensionnés dans tous les cas et sans demande spéciale, mais moyennant une cotisation supplémentaire payée par les assurés durant leur vie de travail.

Le projet de la Chambre contenait une disposition de ce genre. Elle était parfaitement humaine et logique, et l'on ne saisis pas clairement quelles raison déterminantes ont pu pousser le Sénat à la supprimer.

Evidemment, les vieillards ont besoin de soins nombreux, mais on n'ose voir là précisément la véritable raison du refus de les leur accorder.

Et, cependant, nous ne pensons pas que le Sénat ait cru un instant suffisante la pension octroyée aux assurés à l'âge de 60 ans pour leur permettre à la fois de vivre et d'avoir recours au médecin et au pharmacien le cas échéant.

Naturellement, les pensionnés participeraient aux frais comme les assurés ordinaires, dans une proportion qui pourrait être de 20 % pour les soins médicaux et de 10 % pour les frais pharmaceutiques.

L'article 15, § 1^{er}, nous dit : « Pour tout assuré pouvant justifier, à l'âge de soixante ans ou jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans, d'au moins trente années entières de versements correspondant *chacune* à un minimum de 240 cotisations journalières... »

Grâce à l'introduction du mot « chacune », un assuré qui a par exemple, durant vingt-neuf années travaillé régulièrement plus de 300 jours par an et a, par conséquent, effectué durant ces vingt-neuf années des versements dépassant largement 240 cotisations journalières par an, mais qui la trentième année a peu travaillé et effectué seulement des versements correspondant par exemple à 210 cotisations journalières n'aura pas droit au minimum garanti, mais seulement à la rente correspondant à son compte vieillesse.

Cette solution est d'une rigueur excessive.

Elle a été voulue par le Sénat, qui a, sur ce point, rejeté la solution plus libérale de la Chambre à laquelle nous proposons de revenir, et qui exigeait seulement trente années de versements, sur la base de trois cents jours de travail. Ainsi, pour un assuré, une ou même plusieurs mauvaises années pourront être largement compensées par toutes les autres années durant lesquelles les versements auront été plus que suffisants. Cette compensation est impossible avec le système actuel.

Nous devons, avant de quitter le risque vieillesse, faire une part à certains projets ou propositions qui ont été déposés en vue d'apporter une solution à la situation des exclus des Assurances Sociales, l'article 15, § 3, ayant reçu une application insuffisante, soit par suite d'ignorance, soit par suite d'application tardive de la loi.

Ainsi, un projet de loi, dont le rapporteur fut M. Peissel, proposait une allocation mensuelle de trente francs aux anciens travailleurs de nationalité française privés de ressources, âgés de plus de soixante ans au 1^{er} juillet 1930, et n'ayant pas atteint soixante-dix ans au 1^{er} juillet 1935. Il y aurait, paraît-il, 300.000 bénéficiaires de ce projet, qui, notons-le, ne s'applique qu'aux individus rentrant dans les conditions des Assurances Sociales, et qui n'ont pas été immatriculés.

Un tel projet, pour louable qu'il soit dans ses intentions, ne nous paraît guère opportun, car il serait d'une lourde charge pour les Assurances Sociales — environ 10 millions de francs — et d'aucun secours pour les bénéficiaires.

Actuellement, nous pensons qu'une allocation mensuelle de trente francs n'est même pas suffisante pour acheter le tabac nécessaire à bourrer durant un mois les pipes des plus de soixante ans !

C'est le même reproche que l'on pourrait faire aux pensions des assurés de la période transitoire. Un minimum garanti de 600 francs par an, c'est bien un minimum en effet !

Et l'on reste confondu, en comparant la somme de travail que le Parlement et le Ministère du Travail ont dû fournir pour en arriver là, à celle d'argent, si petite, qui échoit aux assurés.

Toutefois, il faut louer les auteurs de projets ou propositions sur lesquels nous n'insisterons pas, tendant, afin de ne pas détruire dès le début la confiance de la classe ouvrière dans la loi des Assurances Sociales, surtout dans sa partie afférente au risque vieillesse — qui est essentielle — à prévoir des modalités libérales relevant de la déchéance, non seulement les assurés qui auraient dû être immatriculés le 1^{er} juillet 1930, mais également à permettre aux assurés régulièrement immatriculés, mais dont les versements ont été irréguliers — inférieurs à 240 cotisations journalières par an — de les compléter par des versements à effet rétroactif, ce qui leur donne le droit de toucher leur pension dans les mêmes temps et conditions que ceux dont l'immatriculation et les versements ont été dès l'abord réguliers.

Décès

Nous avons peu de choses à ajouter sur ce risque, après ce que nous avons dit de lui sous notre titre II.

Il faut toutefois signaler, comme le font MM. Fié et André Breton, que la situation un peu paradoxale dans laquelle se trouvent les individus malades durant une période supérieure à six mois, et cependant non invalides au sens de notre loi d'Assurances Sociales, rejaillit sur l'Assurance-décès, en vertu de l'article 19, § 4, qui renvoie à l'article 5, § 2.

En effet, le droit à l'Assurance-décès n'est ouvert aux ayants droit du de cujus, qu'autant que celui-ci était bénéficiaire de l'Assurance-maladie avant son décès.

Or, dans l'hypothèse où la mort le surprendrait après une maladie d'une durée supérieure à six mois, l'assuré n'étant plus en règle avec l'article 5, § 2, ses ayants droit seraient privés du capital prévu pour eux à l'article 19; § 1^{er}, situation, il faut l'avouer, assez singulière.

Notons que si les modifications prévues par MM. Fié et Breton, à apporter au risque maladie sont admises, il n'y aura plus de difficultés non plus pour le risque décès, puisque, sur avis favorable d'une Commission médicale spéciale, les assurés, après six mois de maladie, seront débarrassés de la présomption de guérison dont les frappe actuellement la loi, et considérés toujours comme des malades.

Fraudes à la loi.

Il s'agit de l'article 64 qui a soulevé des difficultés devant les tribunaux.

Dans son § 1^{er}, il nous dit, en effet : « L'employeur qui ne s'est pas conformé aux prescriptions des articles 1^{er}, 2, 3 et 46 est poursuivi devant le tribunal de simple police à la requête du Ministre du Travail ou de la Caisse Générale de garantie... » Et la Cour de Cassation a interprété ce texte en assimilant l'Administration à un simple particulier, et partant en l'obligeant à agir devant le tribunal de simple police en tant

que partie par voie de citation directe, le ministère public n'étant que partie jointe.

Outre les inconvénients d'une telle procédure assimilant d'une façon un peu dérisoire par son souci de formalisme l'Administration à un particulier, il est alors nécessaire à l'Administration pour agir, de se faire représenter par un de ses agents mandaté spécialement, de recourir à un huissier, etc., etc., ce qui n'est pas sans occasionner des frais et des pertes de temps.

Aussi, un projet qu'il convient d'approuver, dont le rapporteur fut M. Corsin, prévoit-il que les employeurs seront désormais poursuivis à la requête du Ministère public, sur la demande du Ministère du Travail, de la Caisse Générale de garantie ou même de toute partie intéressée.

Ainsi seront évités les frais et les pertes de temps pour l'Administration qui, par ailleurs, se verra traiter cette fois comme une détentrice d'une parcelle de l'autorité.

Ce même projet prévoit également de compléter le § 2 de l'article 64 en ajoutant la nécessité d'un avertissement ou d'une mise en demeure, dans le cas où l'Administration serait dans l'obligation de faire poursuivre un employeur récidiviste.

Cet avertissement présenterait quelques avantages : d'abord, d'être assez libéral à l'égard des employeurs seulement négligents ; d'éviter ensuite, dans de nombreux cas, les frais et les longueurs d'une poursuite judiciaire — une simple mise en demeure souvent sera, en effet, suffisante pour que l'employeur se mette en règle — et, enfin, comme il serait obligatoire avant l'engagement des poursuites devant le tribunal correctionnel, il aurait également pour effet de déterminer, sans contestation possible, la date dont il faudrait tenir compte pour limiter la période de 12 mois en arrière, qu'il conviendrait d'examiner pour y chercher les condamnations pour contra-

ventions identiques de l'employeur à poursuivre, et savoir ainsi s'il y a ou non récidive et partant si les poursuites devront être portées devant le tribunal correctionnel ou celui de simple police.

En effet, à cet égard, l'article 64, § 3, qui dit simplement : « Il y a récidive lorsque, dans les 12 mois antérieurs au fait poursuivi, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une contravention identique », manque de précision.

Ce même projet prévoyait également une prescription trentenaire pour l'action civile en recouvrement des contributions patronales et ouvrières, afin de sauvegarder le plus possible le droit des assurés. Mais un rapport supplémentaire du même M. Corsin, s'occupant uniquement de cette question de la prescription est venu décider que l'action civile se prescrirait par cinq années, à dater l'expiration du délai suivant l'avertissement ou la mise en demeure, dont nous venons de parler.

Il semble, en effet, que ce délai soit largement suffisant à l'Administration pour faire valoir ses droits et qu'une menace pesant durant 30 années sur les employeurs soit, par ailleurs, beaucoup trop longue.

Voilà, à notre avis, quelles sont les principales réformes de détail, qu'il conviendrait d'apporter de suite à notre loi d'Assurances Sociales.

Evidemment, en supposant celles-ci réalisées, nous ne serions pas — il s'en faut — en présence d'un texte législatif parfait. Toutefois, certaines anomalies, certains articles totalement dépourvus de libéralisme en auraient été chassés et notre loi d'Assurances Sociales aurait fait un pas en avant vers une réforme que l'on souhaite rapide et totale, et dont les Pouvoirs Publics semblent depuis quelques mois se préoccu-

per, peut-être parce qu'ils ont, enfin, reconnu l'absolue nécessité pour un Grand Pays d'une loi d'Assurances Sociales parfaite.

Vu. *Le Président de Thèse :*

Roger PICARD.

Vu. *Le Doyen :*

Edgar ALLIX.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — DOCUMENTS PARLEMENTAIRES

a) *Chambre des Députés*

- N^o 5.496 de 1928. — Rapport général de MM. GRINDA et ANTONELLI.
- 5.727 de 1928. — Avis de la Commission des Finances sur le projet de loi concernant les Assurances Sociales, par M. LANDRY.
- 3.187 de 1930. — Nouveau rapport général, par MM. GRINDA et ANTONELLI.
- 847 de 1932. — Rapport sur l'Assistance Médicale gratuite, par M. FIÉ.
- 6.480 de 1932. — Rapport par M. François PEISSEL sur les travailleurs exclus des Assurances Sociales et dépourvus de ressources.
- 6.760 de 1932. — Rapport de M. ANTONELLI sur la définition du salarié.
- 1.400 de 1933. — Rapport de M. François PEISSEL sur une proposition de M. Léon COURSON.
- 2.541 de 1933. — Rapport de M. François PEISSEL sur la réforme des art. 4, § 9, et 19, § 4.

- 3.023 de 1934. — Rapport de M. H. CORSIN sur la réforme des art. 29, § 5, et 68, § 6.
- 4.957 de 1935. — Rapport de M. H. CORSIN sur les dispositions transitoires relatives aux pensions de vieillesse et d'invalidité.
- 4.978 de 1935. — Rapport de M. H. CORSIN sur la réforme de l'art. 9.
- 4.982 de 1935. — Rapport de M. H. CORSIN sur la réforme de l'art. 64.
- 5.048 de 1935. — Rapport de M. F. PEISSEL sur les allocations aux anciens travailleurs exclus des Assurances Sociales.
- 5.012 de 1935. — Proposition de résolution signée de M. LASTEYRIE et 40 de ses collègues, portant sur la révision totale des Assurances Sociales.

b) *Sénat*

- N^{os} 435 de 1925. — Rapport du Docteur CHAUVÉAU sur les Assurances Sociales.
- 316 de 1926. — 1^{er} rapport supplémentaire du Docteur CHAUVÉAU sur les Assurances Sociales.
- 628 de 1926. — 2^e rapport supplémentaire du Docteur CHAUVÉAU sur les Assurances Sociales.
- 273 de 1927. — 3^e rapport supplémentaire du Docteur CHAUVÉAU sur les Assurances Sociales.

II. — OUVRAGES GÉNÉRAUX

Docteur CHAUVÉAU. — Commentaires de la loi sur les Assurances Sociales.

DREYFUS (Jacques-Ferdinand). — Les prévisions statistiques financières des Assurances Sociales.

LEFORT. — L'Assurance contre le chômage.

MARTIN (Gaston). — Le scandale des Assurances Sociales.

PICARD (Roger). — Commentaires de la loi du 5 avril 1928.

WEBER (Anatole). — A travers la Mutualité.

III. — REVUES

Revue d'Economie Politique, 1928. — La Mutualité et les Assurances Sociales. Deux articles de M. Marcel PORTE.

Revue Politique et Parlementaire, 1928. — Comment améliorer les Assurances Sociales ? par M. E. ALLIX.

Revue Politique et Parlementaire, 1930. — La Mutualité, le corps médical et les Assurances Sociales, par M. LAROQUE.

IV. — DIVERS

Bulletin de Documentation de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région Parisienne, des 24 novembre 1934 et 5 janvier 1935.

Même Bulletin, numéro spécial de juin 1935 : Les Caisses d'Assurances Sociales et la lutte contre la Tuberculose.

Même Bulletin, de mars 1935 : L'œuvre de l'Union des Caisses de 1930 à 1935.

Rapports sur l'application de la loi des Assurances Sociales,
1930-2 et 1933, respectivement 1934 et 1935 (J.O.).
Assurances Sociales. Textes complets des lois, décrets et dé-
crets-lois.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
TITRE I. — Vote de la loi lu 5 Avril 1928	14
TITRE II. — Les réformes organiques qu'il semble nécessaire d'apporter à notre loi d'Assurances Sociales.	21
SECTION I. — Définition du salarié	21
<i>Chapitre I.</i> — Critique de notre système législatif	21
<i>Chapitre II.</i> — Remèdes proposés	29
SECTION II. — Des prestations en espèces et des risques qu'elles couvrent	37
<i>Chapitre I.</i> — Système actuel	37
<i>Chapitre II.</i> — Quelques suggestions	40
<i>Chapitre III.</i> — L'invalidité et la loi du 9 Avril 1898	47
<i>Chapitre IV.</i> — Les sursalaires	57
<i>Chapitre V.</i> — Le chômage	60
SECTION III. — Des prestations en nature et des risques qu'elles couvrent	77
<i>Chapitre I.</i> — Insuffisance du système actuel.	77
<i>Chapitre II.</i> — La médecine collective	85
SECTION IV. — Des caisses	93
<i>Chapitre I.</i> — La multiplicité des caisses primaires. Conséquences	93

	Pages
<i>Chapitre II.</i> — De la capitalisation	104
<i>Chapitre III</i> — Système proposé	108
<i>Chapitre IV.</i> — L'équilibre financier	114
 TITRE III. — Sur des réformes de détail	 120
Maladie	121
Maternité	129
Invalidité	134
Vieillesse	137
Décès	139
Fraudes à la loi	140
 BIBLIOGRAPHIE	 145



Imprimerie « LES PRESSES MODERNES », 96, Galerie Beaujolais



ERRATA

- Page 27, ligne 21 : au lieu de *à le*, lire : *à la*.
- Page 60, ligne 19 : au lieu de *Dons*, lire : *Donc*.
- Page 73, ligne 25 : au lieu de *n'est jamais tranchée*, lire : *n'est tranchée*.
- Page 79, ligne 18 : au lieu de *au minimum*, lire : *au maximum*.
- Page 81, ligne 7 : au lieu de *chirurgiens* lire : *chirurgiens*.
- Page 81, ligne 20 : au lieu de *n'aurait figuré*, lire : *n'auraient figuré*.
- Page 82, ligne 4 : au lieu de *les séances* lire : *ces séances*.
- Page 84, ligne 1 : au lieu de *dans l'ombe*, lire : *dans l'ombre*.
- Page 88, ligne 32 : au lieu de *déparementales*, lire : *départementales*
- Page 89, ligne 8 : lire ; *amortissables en 30*.
- Page 91, ligne 14 : au lieu de *devons*, lire : *devront*.
- Page 99, ligne 28 : au lieu de *rgrettons*, lire : *regrettons*.
- Page 103 ligne 9 : au lieu de *créés*, lire : *été créées*
- Page 104, ligne 11 au lieu de *Aussi*, lire : *Ainsi*.
- Page 107, ligne 31 : au lieu de *une mauvaise*, lire : *aucune mauvaise*.
- Page 114, ligne 2 : au lieu de *bonheur du monde*, lire : *bonheur du peuple*.
- Page 118, ligne 28 : au lieu de *n'entraveron*, lire : *n'entraveront*,
- Page 119, ligne 8 : au lieu de *Caisse*, lire : *Caisses*
- Page 130, ligne 31 : au lieu de *240 jous*, lire : *240 jours*.
- Page 131, ligne 4 : au lieu de *créés* lire : *ont été créées*.
- Page 131, ligne 26 au lieu de *cette solution*, lire : *notre solution*.
- Page 133, ligne 3 : au lieu de *dystocyque*, lire : *dystocique*.
- Page 133 ligne 10 : au lieu de *répartit anisi*, lire : *répartit ainsi*.
- Page 134, ligne 9 : au lieu de *non assurcée*, lire : *non assurée*.
-

